

**FAKTOR-FAKTOR PENYIMPANGAN POSITIF (*Positive Deviance*) STATUS
GIZI BALITA (USIA 12-36 BULAN) PADA KELUARGA NELAYAN DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAMBUSUANG KECAMATAN
BALANIPA KABUPATEN POLEWALI MANDAR
TAHUN 2016**



SKRIPSI

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Masyarakat
pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Oleh :

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ENDANG AYU LESTARY
70200112046
M A K A S S A R

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UIN ALAUDDIN MAKASSAR
TAHUN 2016**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini:

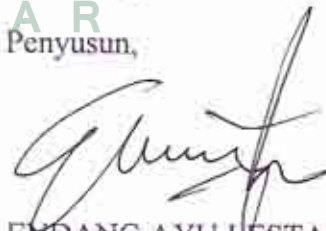
Nama : Endang Ayu Lestary
NIM : 70200112046
Tempat/Tgl. Lahir : Aralle/08 Agustus 1993
Jur/Prodi/Konsentrasi : Kesehatan Masyarakat/Gizi
Fakultas : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Alamat : Skarda N2/06
Judul : Faktor-faktor Penyimpangan Positif (*positive deviance*) Status Gizi Balita (Usia 12-36 Bulan) Pada Keluarga Nelayan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

ALAUDDIN
MAKASSAR

Makassar, Mei 2017

Penyusun,



ENDANG AYU LESTARY

NIM: 70200112046

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Naskah skripsi yang disusun oleh Endang Ayu Lestary NIM 70200112046 ini telah kami setuju untuk diajukan pada Ujian Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dalam rangka penyempurnaan penulisan.

Samata, Agustus 2017

Pembimbing I
Tim Pembimbing
Pembimbing II


Dwi Santy Damayati, SKM, M.Kes


Nurdyanah S, SKM., MPH

Mengenal,
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R
Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat


Hasbi Ibrahim, SKM., M.Kes
NIP: 19790525 200901 1 019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang senantiasa melimpahkan berkat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Faktor-faktor Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) Status Gizi Balita Pada Keluarga Nelayan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar”, sebagai syarat dalam penyelesaian pendidikan di Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Terima kasih yang tak terhingga saya ucapkan kepada kedua orang tua tercinta ayahanda Marwan dan Ibunda Indra Dewi Simpoha untuk cintanya, dukungan, kesabaran, perhatian, bimbingan dan doanya yang tidak henti-hentinya diberikan kepada penulis. Terima kasih untuk adik-adikku Andi Muawiyah Marwan, Muh. Nur rasuly dan Andi Muflih Azam yang selalu memberikan semangat kepada penulis.

Penulis juga mengucapkan terima kasih banyak disampaikan dengan hormat atas bantuan semua pihak terutama kepada:

1. Prof. Dr. H. Musafir Pababbari, M.Si, selaku pimpinan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
2. Prof. Dr. Mardan, M.Ag., selaku wakil rektor bidang akademik pengembangan lembaga.
3. Prof. Dr. H. Lomba Sultan, M.A., selaku wakil rektor bidang administrasi umum dan perencanaan keuangan.
4. Prof. Siti Aisyah, M.A., Ph.D., selaku wakil rektor bidang kemahasiswaan dan kerjasama.

5. Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M. Sc selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
6. Dwi Santy Damayati, SKM., M.Kes. selaku pembimbing I dan Nurdiyanah S, SKM., MPH. selaku pembimbing II yang telah begitu tulus meluangkan waktu untuk membimbing penulis.
7. Syarfaini, SKM., M.Kes. dan Zulfahmi Alwi, M.Ag, Ph.D selaku penguji kompetensi dan integrasi keislaman yang telah banyak memberi tuntunan kepada penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen prodi Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu kesehatan UIN Alauddin Makassar.
9. Para dosen di lingkungan Fakultas Kedokteran dan Ilmu kesehatan UIN Alauddin Makassar atas keikhlasannya memberikan yang bermanfaat selama proses studi, serta segenap staf Tata Usaha di lingkungan Fakultas Kedokteran dan Ilmu kesehatan UIN Alauddin Makassar yang banyak membantu penulis dalam berbagai urusan administrasi selama perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.
10. Kepala Puskesmas Ibu Hj. Kartini, S.ST dan seluruh staf Puskesmas Pambusuang, yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan penulisan skripsi.
11. Keluarga besar di Pettarani, Om Madi, Umminya Fiah dan Kakak dodo' selaku wali saya selama menyelesaikan studi di Makassar. Terima kasih dengan ikhlasnya banyak memberikan bantuan kepada saya.
12. Teman-teman peminatan "Gizi 2012", Sahabat Kesmas B, Sahabat "Achilles" terima kasih atas kebersamaannya, motivasi dan dukungan dalam proses penyusunan skripsi ini.

13. Keluarga PBL “Posko XII” Tompobulu Kelurahan Banyorang Bantaeng (tuan rumah Pak Zainal dan Ibu) terima kasih sudah menjadi keluarga baru penulis serta banyak memberikan pembelajaran tentang arti hidup bermasyarakat.
14. Sabahat-sahabat seperjuangan Siti Rahmah, Nurmagfirawati, Aulia Rahma, Guswani terima kasih saran, waktu luangnya, diskusi, nongki-nongkinya ketika saya kehilangan arah :) dan motivasinya kepada saya tanpa henti-hentinya.
15. Sahabat-sahabatku Ratih, Danti, Asma, Fiqa, Terima kasih bantuanya dari pengambilan data awal sampai penelitian kalian gonta-ganti menemani saya ke Pambusuang. Kalian Luar Biasa!
16. Serta semua Pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Terima Kasih telah banyak membantu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Dengan kerendahan hati, penulis mohon maaf dan mengharapkan kritik serta saran yang bersifat konstruktif. Semoga skripsi ini dapat memberi suatu manfaat kepada semua pihak yang sempat membaca serta membutuhkannya.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALA UDDIN
M A K A S S A R
Makassar, Mei 2017
Penyusun

Endang Ayu Lestary
NIM 70200112046

DAFTAR ISI

JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	ii
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRAK	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1-15
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Hipotesis Penelitian.....	6
D. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif	7
E. Kajian Pustaka.....	11
F. Tujuan dan Manfaat Penelitian	14
1. Tujuan Penelitian	14
2. Manfaat Penelitian	15
BAB II TINJAUAN TEORITIS	16-62
A. Tinjauan Umum Tentang Penyimpangan Positif (<i>Positive Deviance</i>)	16
B. Tinjauan Umum Tentang Pola Asuh.....	19
1. Pola Asuh	19
2. Kebiasaan Pemberian Makan	22
3. Kebiasaan Kebersihan Diri	25
4. Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan	27
C. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi	30
D. Tinjauan Umum Tentang Metode Penilaian Status Gizi	33
E. Tinjauan Umum Tentang Balita	43

F. Tinjauan Umum Tentang Asupan Gizi	45
G. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan Gizi Ibu	52
H. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Infeksi	54
I. Tinjauan Umum Tentang Keluarga Nelayan	55
J. Kerangka Teori	60
K. Kerangka Konsep	62
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	63-68
A. Jenis dan Lokasi Penelitian	63
B. Populasi dan Sampel Penelitian	64
C. Metode Pengumpulan Data	67
D. Instrumen Penelitian	67
E. Teknik pengolahan dan Analisis data	68
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	71-110
A. Hasil Penelitian	71
B. Pembahasan	85
BAB V PENUTUP	111-113
A. Kesimpulan	111
B. Saran	113
DAFTAR PUSTAKA	114
LAMPIRAN	
RIWAYAT HIDUP PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Kajian Pustaka atau Penelitian Terdahulu	10
Tabel 2.1 Pendekatan Tradisional Vs <i>Positive Deviance</i>	18
Tabel 2.2 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks BB/	38
Tabel 2.3 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks TB/U	39
Tabel 2.4 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks BB/TB	40
Tabel 2.5 Angka Kecukupan Energi dan Protein Menurut Kelompok Umur.....	45
Tabel 4.1 Distribusi Balita Berdasarkan Umur Ibu	71
Tabel 4.2 Distribusi Balita Berdasarkan Pendidikan Ibu	72
Tabel 4.3 Distribusi Balita Berdasarkan Pola Asuh	73
Tabel 4.4 Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Pemberian Makan	73
Tabel 4.5 Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Kebersihan Diri	74
Tabel 4.6 Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan	74
Tabel 4.7 Distribusi Balita Berdasarkan Pengetahuan Ibu	75
Tabel 4.8 Distribusi Balita Berdasarkan Asupan Energi	75
Tabel 4.9 Distribusi Balita Berdasarkan Asupan Protein	76
Tabel 4.10 Distribusi Balita Berdasarkan Riwayat Penyakit Infeksi	76
Tabel 4.11 Hubungan Pola Asuh dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif (<i>Positive Deviance</i>)	77

Tabel 4.12 Hubungan Kebiasaan Pemberian Makan dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif (<i>Positive Deviance</i>)	78
Tabel 4.13 Hubungan Kebiasaan Kebersihan Diri dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif (<i>Positive Deviance</i>)	79
Tabel 4.14 Hubungan Pengetahuan Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif (<i>Positive Deviance</i>)	81
Tabel 4.15 Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif (<i>Positive Deviance</i>)	82
Tabel 4.16 Hubungan Asupan Protein dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif (<i>Positive Deviance</i>)	83
Tabel 4.17 Hubungan Riwayat Penyakit Infeksi dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif (<i>Positive Deviance</i>)	84



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori	60
Gambar 2 Kerangka Konsep	62
Gambar 3 Desain Penelitian <i>Case Control</i>	63



DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian
2. Hasil Uji SPSS Uji Validasi dan Reliabilitas
3. Uji Normalitas Data
4. Dokumentasi Penelitian
5. Formulir *Food Recall* 24 Jam
6. Formulir *Food Frekuensi Questionnaire* (FFQ)
7. Hasil *Food Recall* 24 Jam Asupan Energi dan Protein
8. Hasil *Food Frekuensi Questionnaire* (FFQ) Protein Hewani dan Nabati
9. Hasil Analisis SPSS Univariat, Bivariat dan Crosstabs
10. Surat Izin Penelitian
11. Surat Keterangan Selesai Penelitian



ABSTRAK

Nama : ENDANG AYU LESTARY

NIM : 70200112046

Judul : Faktor-faktor Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) Status Gizi Balita Usia 12-36 Bulan Pada Keluarga Nelayan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar

Membicarakan nelayan hampir pasti isu yang selalu muncul adalah masyarakat yang marjinal, miskin dan menjadi sasaran eksploitasi penguasa baik secara ekonomi maupun politik. Beberapa literatur menyebutkan bahwa nelayan merupakan suatu kelompok masyarakat yang tergolong miskin. Meski demikian data sekunder dari Posyandu wilayah kerja Puskesmas Pambusuang ditemukan anak usia 12-59 bulan dari keluarga nelayan sebanyak 296 balita gizi baik.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor penyimpangan positif (*positive deviance*) yang berhubungan dengan status gizi balita pada keluarga nelayan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar. Jenis penelitian kuantitatif observasional analitik dengan desain *case control study*. Sampel dalam penelitian ini adalah 35 balita dengan status gizi baik sebagai sampel kasus dan 35 balita dengan status gizi kurang sebagai sampel kontrol yang disesuaikan dengan umur. Pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu menggunakan *non probability sampling* dengan pendekatan *purposive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pola asuh ($p=0,00$ OR=3,5 CI 95% 0,372-32,971), kebiasaan pemberian makan ($p=0,021$ OR=7,3 CI 95%=0,670-80,22), kebiasaan kebersihan diri ($p=0,000$ OR=1,5 CI 95%=0,251-8,977), pengetahuan gizi Ibu ($p=0,001$ OR=0,82 CI 95%=0,103-6,616), asupan energi ($p=0,012$ OR=0,40 CI 95%=0,064-2,580), asupan protein ($p=0,001$ OR=3,6 CI 95%=0,340-39,014), riwayat penyakit infeksi ($p=0,007$ OR=0,18 CI 95%=0,031-1,171) dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*). Kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan menunjukkan hubungan tidak bermakna.

Penelitian ini menyarankan agar meningkatkan penyuluhan tentang keluarga sadar gizi (Kadarzi) untuk meningkatkan pengetahuan Ibu dalam penyediaan makanan terutama pada balita, pentingnya sanitasi dan hygiene serta rutin mengikuti Posyandu, mensosialisasikan *positive deviance* Ibu oleh petugas kesehatan melalui berbagai kegiatan di Posyandu

Kata kunci : Status Gizi, Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*), Keluarga Nelayan

(Daftar Pustaka 2003 – 2016)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Negara Indonesia terkenal memiliki potensi kelautan dan pesisir yang kaya. Hal ini sesuai dengan sebutan Indonesia sebagai Negara kepulauan (*archipelagic state*), yang memiliki 17.508 gugusan pulau. Kekayaan alam Indonesia tersebut dibuktikan dengan berbagai ragam sumber daya hayati pesisir yang penting seperti hutan mangrove, terumbu karang, padang lamun dan rumput laut (Razali 2004). Banyaknya potensi kelautan tersebut ternyata tidak diikuti oleh kesejahteraan masyarakat nelayan.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik 2014, rumah tangga di Indonesia yang mengandalkan hidupnya dari menangkap ikan di perairan umum dan laut sebanyak 964.231 atau sekitar 1,5 persen dari rumah tangga di Indonesia. Dari jumlah itu, rumah tangga nelayan laut yang tergolong miskin ada 23,79 persen, nelayan di perairan umum 24,98 persen, sedangkan budidaya 23,44 persen (Badan Pusat Statistik 2014).

Data BPS mencatat tahun 2011, jumlah nelayan miskin di Indonesia mencapai 7,87 juta orang atau sebesar 26,2% dari total penduduk miskin di Indonesia yang mencapai 31,02 juta orang (Departemen Pengembangan UMKM Bank Indonesia 2016).

Nelayan adalah suatu fenomena sosial yang sampai saat ini masih merupakan tema yang sangat menarik untuk di diskusikan. Membicarakan nelayan hampir pasti isu yang selalu muncul adalah masyarakat yang marjinal, miskin dan menjadi sasaran eksploitasi penguasa baik secara ekonomi maupun politik. Kemiskinan yang selalu menjadi *trade mark* bagi nelayan dalam beberapa hal dapat dibenarkan dengan beberapa fakta seperti kondisi pemukiman yang

kumuh, tingkat pendapatan dan pendidikan yang rendah, rentannya mereka terhadap perubahan-perubahan sosial, politik, dan ekonomi yang melanda, dan ketidakberdayaan mereka terhadap intervensi pemodal, dan penguasa yang datang (Razali 2004).

Beberapa literatur menyebutkan bahwa nelayan merupakan suatu kelompok masyarakat yang tergolong miskin (Mubyarto, 1984; Imron, 2001; Masyhuri, 1999; Kusnadi, 2002). Bahkan menurut Retno dan Santiasih (1993:137), jika dibandingkan dengan kelompok masyarakat lain di sektor pertanian, nelayan (terutama buruh nelayan dan nelayan tradisional) dapat digolongkan sebagai lapisan sosial yang paling miskin, walaupun tidak dapat dikatakan semua nelayan itu miskin (Imron 2003).

Data Indonesia dan Negara lain menunjukkan bahwa adanya hubungan timbal balik antara kekurangan gizi dan kemiskinan. Salah satu akibat langsung dari penurunan daya beli masyarakat akan pangan adalah meningkatnya prevalensi kurang gizi terutama pada anak balita. Data kasus kurang gizi di Indonesia semenjak krisis moneter 1997 terus melonjak drastis. Laporan Helen Keller International (HKI) menunjukkan bahwa sebelum krisis moneter 1998 balita kurang gizi tidak sampai 10%, tetapi setelah krisis moneter meningkat menjadi 35% (Zuldesni 2007).

Gizi kurang adalah gangguan kesehatan akibat kekurangan atau ketidakseimbangan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, aktivitas berpikir dan semua hal yang berhubungan dengan kehidupan. Gizi kurang banyak terjadi pada anak usia kurang dari lima tahun (Hasdianah H.R et al. 2014). Anak Usia 12-36 bulan adalah masa anak-anak yang masih tergantung pada perawatan dan pengasuhan Ibunya. Masa dimana anak masih membutuhkan asupan dan gizi yang mencukupi (Santoso & Ranti 2009).

Agama Islam yang berperan sebagai agama *rahmatan lil'alamin* memposisikan anak dalam kedudukan yang baik, karena anak merupakan anugerah dan penyenang hati orang tua. Dalam ajarannya, melindungi dan memenuhi hak-hak anak merupakan suatu kewajiban. Allah SWT berfirman dalam QS An-Nisa/4:9.

وَلِيَخْشَ الَّذِينَ لَوْ تَرَكُوا مِنْ خَلْفِهِمْ ذُرِّيَّةً ضِعَفًا خَافُوا عَلَيْهِمْ فَلْيَتَّقُوا اللَّهَ وَلْيَقُولُوا قَوْلًا سَدِيدًا ﴿٩﴾

Terjemahnya :

“Dan hendaklah takut kepada Allah orang-orang yang seandainya meninggalkan dibelakang mereka anak-anak yang lemah, yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan) mereka. oleh sebab itu hendaklah mereka bertakwa kepada Allah dan hendaklah mereka mengucapkan perkataan yang benar” (Departemen Agama RI, 2010).

Ayat tersebut secara jelas menekankan agar orang tua memperhatikan anak-anaknya. Memperhatikan tumbuh kembang anak yang sehat dengan asupan makanan yang baik, bergizi dan halal. Pemberian makanan yang baik dengan kadar gizi cukup dapat memberikan pertumbuhan anak secara optimal, apabila terjadi kekurangan makan yang berkualitas maka akan berdampak bagi kesehatan anak (Asnawi 2005). Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang (Alamsyah 2013). Apabila ada orang tua yang mengabaikan perkembangan anak-anaknya, agama menilainya sebagai dosa. Hal ini secara tegas dinyatakan dalam sebuah hadits riwayat Abu Daud.

عَنْ عَبْدِ اللَّهِ بْنِ عَمْرٍو قَالَ: قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ. كَفَى بِالْمَرْءِ إِثْمًا أَنْ يُضَيِّعَ مَنْ يَقْوَتْ. أَبُو دَاوُدَ

Terjemahnya :

Dari Abdullah bin ‘Amr (bin Al-‘Ash), ia berkata : Rasulullah SAW bersabda, *“Cukuplah bagi seseorang berdosa, apabila ia mengabaikan orang yang makan dan minumannya menjadi tanggungannya”*. (HR. Abu Daud).

Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas), prevalensi gizi kurang pada anak balita di Indonesia yaitu 13,0% pada tahun 2007 dan tahun 2010. Serta pada tahun 2013 prevalensi gizi kurang mengalami peningkatan yaitu sebesar 13,09%.

Berdasarkan data Riskesdas prevalensi gizi kurang Provinsi Sulawesi Barat sangat tinggi di Indonesia. Riskesdas (2007) yaitu 15,4%. Riskesdas (2010) menurun sebesar 12,9%, dan pada tahun 2013 mengalami peningkatan sebesar 22,1% berada di urutan kedua setelah Nusa Tenggara Timur. Masalah kesehatan masyarakat dianggap serius bila prevalensi gizi buruk-kurang antara 20,0-29,0 persen. Kabupaten Polewali Mandar memiliki prevalensi gizi kurang yang tinggi dari enam kabupaten yang ada di Provinsi Sulawesi Barat yaitu sebesar 27,3% (Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sulawesi Barat 2013).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2015, Puskesmas Pambusuang menempati urutan pertama kasus gizi kurang. Data sekunder dari posyandu wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa pada bulan Juni 2016 anak usia 12-59 bulan dari keluarga nelayan, ditemukan gizi baik sebanyak 296 balita. Melihat fakta ini bahwa sebagian anak dalam keluarga nelayan ditemukan kasus gizi baik padahal secara sosial memiliki ekonomi rendah (miskin) dimana berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Polewali Mandar, menurut data banyaknya keluarga dan klasifikasi keluarga Tahun 2014, Kecamatan Balanipa merupakan Kecamatan tertinggi klasifikasi keluarga pra-sejahtera dengan jumlah 2443 yang merupakan mayoritas dari keluarga nelayan. Mereka dapat keluar dari permasalahan yang sama (kekurangan gizi) ketika keluarga-keluarga miskin lainnya terbelenggu dalam kekurangan gizi. Padahal secara sosial ekonomi mereka sama dan hidup dalam lingkungan yang sama serta memiliki akses yang sama pula terhadap fasilitas

kesehatan inilah yang disebut dengan istilah penyimpangan positif (*positive deviance*) (Zuldesni 2007).

Positive deviance merupakan suatu pendekatan pengembangan yang digunakan untuk pemecahan masalah berbasis masyarakat (Nurjamil 2013). Secara khusus pengertian *positive deviance* dapat dipakai untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan serta status gizi yang baik dari anak-anak yang hidup di lingkungan miskin (kumuh), dimana sebagian besar anak lainnya menderita gangguan pertumbuhan dan perkembangan dengan kondisi mengalami gizi kurang (Dahlia 2012). Praktik yang dimaksud dapat berupa perilaku pemberian makan, pengasuhan, kebersihan, dan perawatan kesehatan (Hapitria et al. 2011).

Gizi kurang merupakan masalah kompleks dan penanganannya memerlukan pendekatan menyeluruh berupa penyembuhan, pemulihan, pencegahan, serta peningkatan untuk menjaga atau mempertahankan anak sehat untuk tetap sehat. Solusi yang tepat yaitu dengan memberdayakan keluarga. Upaya alternatif yang dapat dilakukan adalah penerapan pendekatan *positive deviance* (CORE, 2003 dalam Hapitria et al. 2011).

Positive deviance sebagai sebuah model perubahan perilaku telah dibuktikan dipuluhan Negara berkembang, seperti perubahan perilaku dalam mengurangi malnutrisi di Vietnam, Myanmar, Nepal, Buthan, Bolivia, Bangladesh dan lainnya. Pencegahan penyebaran HIV/AIDS di dunia ketiga, pencegahan mutilasi perempuan di Egypt, konflik etnis di Afrika dan lainnya (Triadi 2003).

Keberhasilan pendekatan penyimpangan positif dapat dilihat pada penelitian yang dilakukan (Imran et al. 2014) di India, penelitian intervensi dengan pendekatan penyimpangan positif selama satu tahun membantu meningkatkan status gizi anak. Prevalensi gizi kurang awalnya adalah 47%,

setelah intervensi prevalensi menjadi 43%, 40%, 32%, 30% selama penilaian kuartal pertama, kedua, ketiga, dan keempat.

Berdasarkan pemaparan dan pertimbangan diatas serta dari data dan fakta yang ada maka peneliti tertarik untuk meneliti faktor-faktor penyimpangan positif (*positive deviance*) status gizi balita pada keluarga nelayan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimana faktor-faktor penyimpangan positif (*positive deviance*) status gizi balita (usia 12-36 bulan) pada keluarga nelayan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016?

C. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara pola asuh berdasarkan kebiasaan pemberian makan, kebiasaan kebersihan diri dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi balita usia 12-36 bulan yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan.
2. Ada hubungan antara pengetahuan kesehatan dan gizi Ibu dengan status gizi balita usia 12-36 bulan yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan.
3. Ada hubungan antara asupan gizi dengan status gizi balita usia 12-36 bulan yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan.
4. Ada hubungan antara riwayat penyakit infeksi dengan status gizi balita usia 12-36 bulan yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan.

D. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif

Definisi operasional dan kriteria obyektif variabel pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penyimpangan Positif (*positive deviance*)

Penyimpangan positif (*positive deviance*) adalah keadaan gizi balita usia 12-36 bulan dari keluarga nelayan yang berada pada status gizi baik (normal).

Kriteria Obyektif :

Deviasi : Jika hasil pengukuran antropometri pada balita usia 12- 36 bulan mempunyai nilai z-score -2 SD s/d 2 SD .

Tidak Deviasi : Jika hasil pengukuran antropometri pada balita mempunyai nilai z-score -3SD s/d $<-2\text{SD}$.

2. Pola Asuh

Pola asuh merupakan kebiasaan yang diberikan Ibu kepada balita usia 12-36 bulan meliputi kebiasaan pemberian makan, kebiasaan kebersihan diri dan kebiasaan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Pola asuh baik : Jika semua hasil kebiasaan pemberian makan, kebiasaan kebersihan diri dan kebiasaan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada kategori baik.

Pola asuh kurang : Jika salah satu hasil kebiasaan pemberian makan, kebiasaan kebersihan diri dan kebiasaan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada kategori kurang.

3. Kebiasaan Pemberian Makan

Kebiasaan yang dilakukan Ibu dalam memberi makan kepada balita usia 12-36 bulan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan kuesioner.

Kriteria Obyektif :

Kebiasaan pemberian makan baik : Jika hasil persentase dari jawaban responden $\geq 62,5\%$

Kebiasaan Pemberian makan kurang : Jika hasil persentase dari jawaban responden $< 62,5\%$

4. Kebiasaan Kebersihan Diri

Kebiasaan Ibu dalam hal merawat kebersihan diri pada balita.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan kuesioner.

Kriteria Obyektif :

Kebiasaan kebersihan diri baik : Jika hasil persentase dari jawaban responden $\geq 62,5\%$

Kebiasaan kebersihan diri kurang : Jika hasil persentase dari jawaban responden $< 62,5\%$

5. Kebiasaan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Upaya yang dilakukan Ibu terhadap anaknya usia 12-36 bulan dalam mencegah atau mengobati penyakit yang diderita anak.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan kuesioner.

Kriteria Obyektif :

Kebiasaan Pemanfaatan Pelayanan

Kesehatan Baik : Jika hasil persentase dari jawaban responden $\geq 62,5\%$

Kebiasaan Pemanfaatan Pelayanan

Kesehatan Kurang : Jika hasil persentase dari jawaban responden $< 62,5\%$

6. Pengetahuan Gizi Ibu

Kemampuan Ibu dalam menjawab pertanyaan tentang kesehatan dan gizi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan kuesioner.

Kriteria Obyektif :

Pengetahuan Gizi Ibu baik : Jika hasil persentase dari jawaban responden $\geq 62,5\%$

Pengetahuan Gizi Ibu kurang : Jika hasil persentase dari jawaban responden $< 62,5\%$

7. Asupan Gizi

Asupan gizi adalah jumlah rata-rata makanan dan minuman yang dikonsumsi balita usia 12-36 bulan yang dihitung berdasarkan konsumsi energi dan protein. Data diperoleh dengan menggunakan metode *food recall* 24 jam dan *food frekuensi questionnaire (FFQ)* untuk mengetahui frekuensi makan makanan protein nabati dan hewani. Hasilnya kemudian dibandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG) tahun 2013 menurut umur dan jenis kelamin.

a. Asupan Energi

Asupan energi adalah jumlah total energi yang dikonsumsi oleh balita usia 12-36 bulan berdasarkan pada angka kecukupan gizi yang dianjurkan.

Kriteria Obyektif :

Asupan energi cukup : Jika asupan energi yang dikonsumsi oleh anak $> 80\%$ AKG.

Asupan energi kurang : Jika asupan energi yang dikonsumsi oleh anak $\leq 80\%$ AKG.

Sumber : Depkes, 2005

b. Asupan Protein

Asupan protein adalah jumlah total protein yang dikonsumsi yaitu protein hewani dan protein nabati oleh balita usia 12-36 bulan berdasarkan pada angka kecukupan gizi yang dianjurkan.

Kriteria Obyektif :

Asupan protein cukup : Jika asupan protein yang dikonsumsi oleh balita usia 12-36 bulan $> 80\%$ AKG.

Asupan protein kurang : Jika asupan protein yang dikonsumsi oleh anak usia 12-36 bulan $\leq 80\%$ AKG.

Sumber : Depkes, 2005

8. Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi adalah riwayat penyakit infeksi yang diderita atau yang pernah dialami oleh balita usia 12-36 selama dua minggu terakhir. Penyakit infeksi yang dimaksud adalah diare.

Kriteria Obyektif:

Diare : Jika balita pernah mengalami buang air besar dengan konsistensi cair 3 kali atau lebih dalam sehari semalam (24 jam) pada dua minggu terakhir.

Tidak Diare : Jika balita tidak pernah mengalami buang air besar dengan konsistensi cair 3 kali atau lebih dalam sehari semalam (24 jam) pada dua minggu terakhir.

E. Kajian Pustaka

Tabel 1.1 Kajian Pustaka

No.	Judul/Tahun Penelitian	Nama Peneliti	Jenis Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian
1.	<i>Positive deviance approach and supplementary nutrition under ICDS scheme on improvement of nutritional status of 2-6 years children in rural Bangalore</i> (2014)	Mohammed Imran, Mangala Subramanian, Subrahmanyam, Jayashree Seeri, Pradeep C dan Mini Jayan.	Penelitian Intervensi. Studi Kohort (Januari-Desember 2010)	Untuk mengevaluasi pendidikan gizi dengan pendekatan <i>positive deviance</i> dan suplemen gizi pada anak yang status gizi kurang di desa Bangalore.	Pendidikan gizi berdasarkan penyimpang positif dan suplemen gizi membantu meningkatkan status gizi anak di Anganwadi (Bangalore). Prevalensi gizi kurang awalnya adalah 47,1%. Setelah intervensi prevalensi menjadi 43%, 40%, 32%, dan 30% selama penilaian kuartal pertama, kedua, ketiga dan keempat.
2.	Faktor-faktor penyimpangan positif (<i>positive deviance</i>) status gizi balita keluarga miskin di Kabupaten gizi-kurang rendah dan gizi-kurang tinggi di Provinsi Sulawesi Selatan (2011)	Erna Luciasari, Yurista Permanasari dan Almasyhuri	Analisa lanjut Riskesdas Tahun 2007	Untuk menentukan faktor-faktor penyimpangan positif yang memengaruhi status gizi di dua kabupaten dengan tingkat kemiskinan relatif sama tetapi berprevalensi gizi kurang berbeda. Kabupaten Jeneponto dan Selayar.	Faktor-faktor penyimpangan positif kejadian status gizi-kurang rendah dibandingkan dengan status gizi-kurang tinggi di daerah miskin adalah tingginya pendidikan orang tua ($p=0,008$) sedikitnya jumlah anggota rumah tangga ($p=0,044$) dan kemudahan akses air dengan nilai $p=0,000$.

3.	<i>Positive Deviance</i> status gizi balita (2011)	Pepi Hapitria, Djaswasi Dasuki dan Djauhar Ismail.	<i>Unmatched case control study</i> dan pendekatan kuantitatif serta kualitatif.	Untuk Mengetahui perilaku PD pada keluarga miskin terhadap status gizi balita wilayah kerja Puskesmas Astanajapura Kabupaten Cirebon.	Ibu yang melakukan perilaku PD akan meningkatkan status gizi baik pada balita sebesar 7,43 kali (OR 7,43) dibandingkan dengan Ibu yang tidak melakukan perilaku PD. Variabel umur balita dan pendidikan Ibu juga berpengaruh. Keluarga yang <i>positive deviance</i> dalam perilaku pemberian makan pada anak memanfaatkan ikan sebagai protein hewani selain tempe dan tahu juga mengonsumsi sayur oyong. Sebagai pengasuh utama ibu juga mengikutsertakan keluarga lain untuk mengasuh atau berinteraksi dengan anak. Ketika anak sakit, Ibu dan keluarga segera mencari pertolongan tenaga kesehatan.
4.	Proksi status gizi anak balita yang mengalami deviasi positif di Kecamatan Barebbo Kabupaten Bone (2009).	A. Kartini	<i>Cross sectional study</i>	Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak balita yang mengalami deviasi positif di Kec. Barebbo Kab. Bone.	Praktek pemberian makan merupakan variabel proksi yang paling menentukan atau berhubungan dengan status deviasi positif pada anak balita. Riwayat penyakit infeksi dan asupan konsumsi energi juga berpengaruh.

5.	Daerah <i>Positive Deviance</i> sebagai model rekomendasi model perbaikan gizi (2012)	Okti Woro Kasmini Handayani dan Galuh Nita Prameswari	Pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Teknik purposive dan <i>snowbal Sampling</i>	Untuk memperbaiki status gizi balita dengan penerapan model daerah <i>positive deviance</i> atau daerah yang mempunyai kesenjangan antara keadaan status gizi dengan keadaan lingkungannya, dan mendapatkan pemetaan daerah.	Peta daerah <i>positive deviance</i> terdapat di wilayah Puskesmas Karanggede dan Puskesmas Juwangi. Model daerah <i>positive deviance</i> yang direkomendasikan dalam jangka pendek adalah dengan memberdayakan potensi masyarakat.
----	---	---	---	--	--

Yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian tentang faktor-faktor penyimpangan positif status gizi balita pada wilayah pesisir atau keluarga nelayan secara khusus belum pernah dilakukan dan tempat dilakukan penelitian yaitu di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar.

F. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor penyimpangan positif (*positive deviance*) yang berhubungan dengan status gizi balita pada keluarga nelayan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar.

b. Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengetahui hubungan antara pola asuh berdasarkan kebiasaan pemberian makan, kebiasaan kebersihan diri dan kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan.
- 2) Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan Ibu dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan.
- 3) Untuk mengetahui hubungan antara asupan gizi dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan.
- 4) Untuk mengetahui hubungan antara riwayat penyakit infeksi dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan.

2. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Bagi Masyarakat

Memberi informasi kepada masyarakat khususnya para Ibu yang mempunyai balita agar memperhatikan status gizi balitanya sehingga balita dapat tumbuh dengan baik dan optimal.

b. Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar penyusunan rencana dan pengembangan program penanggulangan masalah gizi di Kabupaten Polewali Mandar, dan juga sebagai bahan masukan dalam menentukan alternatif penanggulangan masalah gizi di Kabupaten Polewali Mandar.

c. Manfaat Bagi Jurusan ilmu Kesehatan Masyarakat

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan kepustakaan dan bahan tambahan informasi bagi mahasiswa dalam melakukan penelitian selanjutnya. Khususnya masalah gizi.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Tinjauan Umum Tentang Penyimpangan Positif (Positive Deviance)

Positive deviance merupakan pendekatan yang digunakan untuk mengidentifikasi dan menerapkan solusi yang sudah ada di masyarakat untuk mengatasi permasalahan dengan menggunakan metode partisipatif dan proses *participatory learning and action*, sehingga dapat mengurangi angka kekurangan gizi (CORE 2003).

Positive deviance dipakai untuk menjelaskan suatu keadaan penyimpangan positif yang berhubungan dengan kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan anak-anak lain di dalam lingkungan masyarakat atau keluarga yang sama. Secara khusus pengertian *positive deviance* dapat dipakai untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan serta status gizi yang baik dari anak-anak yang hidup di lingkungan miskin (kumuh), dimana sebagian besar anak lainnya menderita gangguan pertumbuhan dan perkembangan dengan kondisi mengalami gizi kurang (Dahlia 2012).

Positive deviance didasarkan pada asumsi bahwa beberapa solusi untuk mengatasi masalah gizi sudah ada di dalam masyarakat, hanya perlu diamati untuk dapat diketahui bentuk penyimpangan positif yang ada dari perilaku masyarakat tersebut. Upaya yang dilakukan dapat dengan memanfaatkan kearifan lokal yang berbasis pada keyakinan bahwa setiap individu memiliki kebiasaan dan perilaku khusus, atau tidak umum yang memungkinkan mereka dapat menemukan cara-cara yang lebih baik, untuk mencegah kekurangan gizi dibanding tetangga mereka yang memiliki kondisi ekonomi yang sama tetapi tidak memiliki perilaku yang termasuk penyimpangan positif (CORE 2003).

Studi *positive deviance* mempelajari suatu komunitas miskin hanya sebagian kecil yang gizi buruk. Kebiasaan keluarga yang menguntungkan sebagai inti program *positive deviance* dibagi menjadi empat kategori utama yaitu, pemberian makanan, pengasuhan, kebersihan, dan mendapatkan pelayanan kesehatan (Dahlia 2012).

Penelitian penyimpangan positif perlu dikembangkan di beberapa daerah. *Positive deviance* sebagai sebuah model perubahan perilaku telah dibuktikan dipuluhan negara berkembang, seperti perubahan perilaku dalam mengurangi malnutrisi di Vietnam, Myanmar, Nepal, Buthan, Bolivia, Bangladesh dan lainnya. Pencegahan penyebaran HIV/AIDS di dunia ketiga, pencegahan mutilasi perempuan di Egypt, konflik etnis di Afrika dan lainnya (Triadi 2003).

Di Indonesia, berdasarkan hasil penelitian (Hapitria et al. 2011), bahwa Ibu yang melakukan perilaku *positive deviance* akan meningkatkan status gizi baik pada balita sebesar 7,43 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perilaku *positive deviance*. Sementara itu, Frisda Turnip melakukan penelitian pengaruh *positive deviance* pada ibu terhadap status gizi baduta di Kabupaten Dairi, Sumatera Utara dan hasilnya menunjukkan perbedaan yang signifikan.

Menurut (Triadi 2003) pendekatan penyimpangan positif menciptakan solusi yang berasal dari dalam masyarakat itu sendiri, ia memberi keuntungan penting dibandingkan dengan pendekatan-pendekatan tradisional dan konvensional yang berusaha untuk mengadopsi dan melakukan solusi dari luar.

Pendekatan tradisional dengan gizi intervensi pada umumnya memiliki bentuk untuk menyelesaikan masalah di masyarakat. Pendekatan *positive deviance* mencari perilaku positif dan kelebihan yang nyata dalam masyarakat (CORE 2003).

Dengan melihat pertanyaan-pertanyaan yang biasanya digunakan pada kedua pendekatan ini, maka dapat dilihat perbedaannya pada Tabel 2.1 di bawah ini :

Tabel 2.1
Pendekatan Tradisional VS *Positive Deviance*

Pendekatan Tradisional	Pendekatan <i>Positive Deviance</i>
Apa saja yang anda butuhkan?	Kekuatan apa yang anda miliki?
Ada masalah apa?	Hal apa yang dapat dikerjakan disini?
Apa yang dapat kami sediakan?	Apa sajakah sumber daya yang anda miliki?
Apa yang kurang dari masyarakat?	Hal apakah yang baik dalam masyarakat anda?
Apa yang kurang di sini?	Hal apakah yang bisa dijadikan dasar membangun?

Sumber : CORE 2003

Menurut (CORE 2003) ada beberapa keuntungan metode penyimpangan positif (*positive deviance*), yaitu :

a. Cepat

Pendekatan ini memberikan solusi yang dapat menyelesaikan masalah dengan segera.

b. Terjangkau

Positive deviance dapat dijangkau dan keluarga tidak perlu bergantung pada sumber daya dari luar untuk memprektekkan perilaku baru. Pelaksanaanya lebih murah tetapi efektif dibandingkan mendirikan pusat rehabilitasi gizi atau melakukan investasi di rumah sakit.

c. Partisipatif

Partisipasi masyarakat merupakan salah satu komponen penting dalam rangka mencapai keberhasilan pendekatan *positive deviance*. Masyarakat memainkan peran sangat penting dalam keseluruhan proses mulai dari menemukan perilaku dan strategi sukses di antara masyarakat sampai mendukung ibu balita setelah kegiatan akhir.

d. Berkesinambungan

Pendekatan *positive deviance* merupakan pendekatan berkesinambungan karena berbagai perilaku baru sudah dihayati dan berlanjut setelah kegiatan berakhir. Kegiatan ini tidak hanya mengubah perilaku anggota keluarga secara individu tetapi juga mengubah cara pandang masyarakat terhadap kekurangan gizi serta kemampuan mereka untuk mengubah situasi.

e. Asli

Karena solusi sudah ada di tempat itu, maka kemajuan dapat dicapai secara tepat tanpa banyak menggunakan analisis atau sumber daya dari luar. Pendekatan tersebut dapat diterapkan secara luas karena perilaku *positive deviance* selalu ada hampir di setiap masyarakat.

f. Secara Budaya dapat diterima

Pendekatan ini didasarkan pada perilaku setempat yang diidentifikasi dalam konteks sosial, etnik, bahasa dan agama di setiap masyarakat.

g. Berdasarkan perubahan perilaku

Pendekatan ini tidak mengutamakan perolehan pengetahuan, namun ada tiga langkah proses perubahan perilaku yang termasuk di dalamnya, yaitu penemuan (penyelidikan, PD), demonstrasi (kegiatan pos gizi) dan penerapan (kegiatan pos gizi dan di rumah).

B. Tinjauan Umum Tentang Pola Asuh

1. Pola Asuh

Menurut (Ayu 2008), menyatakan bahwa peranan pengasuhan ini pertama kali diidentifikasi dalam *Joint Nutrition Support Program in Iringa, Tanzania* dan kemudian digunakan pada berbagai studi *positive deviance* di berbagai negara (Engel, 1992 dalam Ayu, 2008).

Pola pengasuhan adalah perlakuan orang dewasa terhadap anak yang dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya faktor adat, kebudayaan, lingkungan, agama yang bisa mempengaruhi kebiasaan dan kewajiban anak (*Save the ChildrenUS* Indonesia, 2006 dalam Nurjamil, 2013)

Interaksi positif antara anak dan pengasuhan utama dan pengganti, membantu perkembangan emosi dan psikologis anak. Kebiasaan positif seperti sering melakukan interaksi lisan dengan anak, memberikan dan menunjukkan perhatian dan kasih sayang kepada anak, adanya pembagian tugas agar pengawasan dan pengasuhan anak berjalan baik, dan partisipasi aktif ayah dalam pengasuhan anak. Kebiasaan tersebut dan kebiasaan lain dalam hal pengasuhan anak, merupakan hal yang sangat penting bagi perkembangan anak yang normal namun seringkali terabaikan (Turnip 2008).

Dalam Islam mengatur secara khusus tentang pengasuhan anak diantaranya adalah disebutkan dalam QS Al-Baqarah/2: 233.

﴿وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَدَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ وَعَلَى
 الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ
 بِوَلَدِهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَلَدِهِ وَعَلَى الْوَارِثِ مِثْلُ ذَلِكَ فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا عَنْ
 تَرَاضٍ مِّنْهُمَا وَتَشَاوُرٍ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْهِمَا وَإِنْ أَرَدْتُمْ أَنْ تَسْرِعُوا أَوْلَادَكُمْ فَلَا
 جُنَاحَ عَلَيْكُمْ إِذَا سَلَّمْتُمْ مَا آتَيْتُم بِالْمَعْرُوفِ وَاتَّقُوا اللَّهَ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ بِمَا
 تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ﴾

Terjemahnya :

“Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, Yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. dan kewajiban ayah memberi Makan dan pakaian kepada Para ibu dengan cara ma'ruf. seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan seorang ayah karena anaknya, dan warispun berkewajiban demikian. apabila keduanya ingin menyapih (sebelum dua tahun) dengan kerelaan keduanya dan permusyawaratan, Maka tidak ada dosa atas keduanya. dan jika kamu ingin anakmu disusukan oleh orang lain, Maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut yang patut. bertakwalah kamu kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha melihat apa yang kamu kerjakan.” (Departemen Agama RI, 2010).

Ayat di atas mempunyai pengertian yang sangat dalam dan luas, Allah menggambarkan bentuk cinta kasih seorang Ibu kepada bayinya dengan cara mendekap dan memberikan rasa aman serta kehangatan dan di sana juga ada peran dari seorang ayah, yang selalu mendorong dan memberikan semangat kepada istrinya agar ASI terus keluar demi bayi mereka. Secara umum, ayat tersebut menggambarkan bagaimana seharusnya orang tua dalam mengasuh anaknya.

Pengasuhan yang baik Ibu terhadap anak merupakan hal sangat penting, dimana pengasuhan mempengaruhi proses tumbuh kembang anak balita. Menurut Rahayu (2001) anak yang diasuh dengan baik oleh Ibunya akan lebih berinteraksi secara positif dibandingkan bila diasuh oleh selain Ibunya. Pengasuhan anak oleh Ibunya sendiri akan terjadi hubungan anak merasa aman, anak akan memperoleh pasangan berkomunikasi dan Ibu sebagai peran model bagi anak yang berkaitan dengan keterampilan verbal secara langsung (Ayu 2008).

Studi *positive deviance* telah dilakukan oleh Jauhari dkk (2000) di Jakarta, Bogor, dan Lombok Timur. Hasilnya adalah interaksi Ibu dengan anak usia 6-19 bulan berhubungan positif dengan keadaan gizi anak. Anak-anak yang selalu diupayakan untuk mengkonsumsi makanan, mendapatkan respon ketika berceloteh, selalu mendapatkan senyum dari ibu, keadaan gizinya lebih baik

dibandingkan dengan teman sebaya lainnya yang kurang mendapat perhatian orang tua (Dahlia 2012).

1. Kebiasaan Pemberian Makan

Kebiasaan dalam memberikan makanan bayi atau balita mempengaruhi pertumbuhan dan status gizi anak (Dahlia 2012). Berbagai kebiasaan baik, termasuk memberi makan anak-anak kecil berusia di atas 6 bulan dengan berbagai variasi makanan dalam porsi kecil setiap hari sebagai tambahan Air Susu Ibu (ASI), pemberian makan secara aktif, pemberian makan selama sakit dan penyembuhan serta menangani anak yang memiliki selera makan yang rendah (Turnip 2008).

Masa balita adalah periode perkembangan fisik dan mental yang pesat. Pada masa ini otak balita telah siap menghadapi berbagai stimuli seperti belajar berjalan dan berbicara lebih lancar. Balita memiliki kebutuhan gizi berbeda dari orang dewasa (Proverawati & Kusumawati 2011).

Menurut Suhardjo (2005), pemberian makanan pada anak balita bertujuan untuk mendapatkan zat gizi yang diperlukan tubuh dan digunakan oleh tubuh untuk pertumbuhan dan pengaturan faal tubuh. Di samping itu zat gizi yang berperan dalam memelihara dan memulihkan kesehatan serta untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari (Syukriawati 2011).

Begitu penting arti makanan yang sebaiknya dikonsumsi oleh balita, maka orang tua perlu memahami atau lebih mengerti, bagaimana pentingnya makanan bagi pertumbuhan dan perkembangan anak balita. Makanan yang diberikan hendaklah sehat dan bergizi. Hal ini sesuai dengan anjuran dalam Al-Quran untuk mengonsumsi makanan yang halal dan thoyyiban (baik). Allah SWT berfirman dalam QS Al-Baqarah/2:168

يَا أَيُّهَا النَّاسُ كُلُوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُبِينٌ ﴿١٦٨﴾

Terjemahnya:

"Hai sekalian manusia, makanlah yang halal lagi baik dari apa yang terdapat di bumi, dan janganlah kamu mengikuti langkah-langkah syaitan; karena Sesungguhnya syaitan itu adalah musuh yang nyata bagimu"

Ajakan ayat di atas ditujukan bukan hanya kepada orang-orang beriman tetapi untuk seluruh manusia. Hal ini menunjukkan bahwa bumi disiapkan Allah untuk seluruh manusia, mukmin atau kafir. Setiap upaya dari siapa pun untuk memonopoli hasil-hasilnya, baik ia kelompok kecil maupun besar, keluarga, suku, bangsa atau kawasan, dengan merugikan yang lain, itu bertentangan dengan ketentuan Allah. Karena itu, semua manusia diajak untuk *makan yang halal ada di bumi* (Shihab 2009a).

Makanan halal adalah makanan yang tidak haram, yakni memakannya tidak dilarang oleh agama. Makanan haram ada dua macam yaitu yang haram karena zatnya, seperti babi, bangkai dan darah; dan yang haram karena sesuatu bukan dari zatnya, seperti makanan yang tidak diizinkan oleh pemiliknya untuk dimakan atau digunakan. Makanan yang halal adalah yang bukan termasuk kedua macam ini (Shihab 2009a).

Namun demikian, tidak semua makanan yang halal otomatis baik. Karena yang dinamai halal terdiri dari empat macam : *wajib, sunnah, mubah dan makruh*. Aktivitas pun demikian. Ada aktivitas yang walaupun halal, namun makruh atau sangat tidak disukai Allah, misalnya pemutusan hubungan. Selanjutnya, tidak semua yang halal sesuai dengan kondisi masing-masing. Ada halal yang baik buat si A yang memiliki kondisi kesehatan tertentu, dan ada juga yang kurang baik untuknya, walau baik buat yang lain. Ada makanan yang halal, tetapi tidak

bergizi, dan ketika itu ia menjadi kurang baik. Yang diperintahkan oleh ayat diatas adalah *yang halal lagi baik* (Shihab 2009a).

Lebih Lanjut Allah SWT menegaskan tentang pentingnya makanan bagi manusia dalam QS Al-Maidah/5: 88 :

وَكُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمُ اللَّهُ حَلَالًا طَيِّبًا وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي أَنْتُمْ بِهِ مُؤْمِنُونَ ﴿٨٨﴾

Terjemahnya :

“Dan makanlah makanan yang halal lagi baik dari apa yang Allah telah rezezikikan kepadamu, dan bertakwalah kepada Allah yang kamu beriman kepada-Nya” (Departemen Agama RI, 2010).

Ayat ini menegaskan perintah memakan yang halal. Yang dimaksud dengan kata makan dalam ayat ini adalah segala aktivitas manusia. Pemilihan kata *makan*, disamping karena ia merupakan kebutuhan pokok manusia, juga karena makanan mendukung aktivitas manusia. Tanpa makan, manusia lemah dan tidak dapat melakukan aktivitas (Shihab 2009b)

Dalam kesehatan nutrisi, Islam menganjurkan terhadap pemeluknya untuk mengonsumsi makanan dan minuman yang *halalan thayyiban* (halal dan baik). Halal adalah suatu hal yang dibolehkan secara agama, sedangkan thayyib adalah sesuatu yang baik pada dasarnya, tidak merusak fisik dan pikiran, dan harus memenuhi syarat dari segi kebersihan dan kesehatannya (Syarfaini 2013).

Jika seorang balita, sering diberi asupan makanan yang mengandung zat-zat yang tidak baik, sejenis makanan yang mengandung bahan pengawet, pewarna buatan, pemanis buatan, pelezat makanan dan sejenisnya, hal itu akan terlihat efeknya bagi kesehatan tubuh. Maka pemberian makanan dengan pemenuhan gizi seimbang adalah cara yang tepat untuk menjaga kesehatan serta tumbuh kembang balita. Balita yang tercukupi dengan baik akan kebutuhan gizi bagi kesehatan tubuhnya, biasanya terlihat lebih aktif, cerdas dan ceria. Ia terlihat begitu periang

dan pandai bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya. Ini dikarenakan gizi merupakan salah satu faktor yang cukup penting bagi proses kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan balita. Akan menjadi hal yang cukup menyenangkan tentu, jika orang tua memiliki balita yang sehat dari segi fisik dan psikisnya (Hasdianah H.R et al. 2014).

Anak dibawah lima tahun merupakan merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat namun kelompok ini merupakan kelompok tersering yang menderita kekurangan gizi. Anak Usia 12-36 bulan adalah masa anak-anak yang masih tergantung pada perawatan dan pengasuhan Ibunya. Masa dimana anak masih membutuhkan asupan dan gizi yang mencukupi (Santoso & Ranti 2009). Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Pada kedua ayat diatas Allah SWT memerintahkan, bahwasanya manusia hendaknya mengkonsumsi makanan yang halal dan thoyiiban (baik). Makanan yang halal secara agama dan thoyiiban yaitu makanan yang diberikan hendaklah sehat dan bergizi.

2. Kebiasaan Kebersihan Diri

Kebersihan diri merupakan hal yang sangat penting karena lingkungan terkait dengan agen penyebab terjadinya penyakit, seperti diare, dan demam berdarah (Dahlia 2012). Satu kebiasaan yang bersih seperti mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan setelah buang air besar, telah menjadi fokus kampanye WHO untuk mengurangi timbulnya penyakit-penyakit diare.

Kebersihan adalah upaya manusia untuk memelihara diri dan lingkungannya dari segala yang kotor dan keji dalam rangka mewujudkan dan melestarikan kehidupan yang sehat dan nyaman. Kebersihan merupakan syarat bagi terwujudnya kesehatan dan sehat adalah salah satu faktor yang dapat

memberikan kebahagiaan. Sebaliknya, kotor tidak hanya merusak keindahan tapi memberikan penderitaan.

Begitu pentingnya kebersihan menurut Islam, sehingga orang yang membersihkan diri atau mengusahakan kebersihan akan dicintai oleh Allah SWT. Sebagaimana firmanNya dalam QS Al-Baqarah/2: 222.

..... إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ ﴿٢٢٢﴾

Terjemahnya :

“.....Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang bertaubat dan menyukai orang-orang yang mensucikan diri”. (Departemen Agama RI, 2010).

Didalam tafsir Al-Mishbah disebutkan hikmah bertaubat adalah menyucikan diri dari kotoran batin, sedang menyucikan diri dari kotoran adalah mandi atau berwudhu (Shihab 2009a).

Kebersihan itu bersumber dari iman dan merupakan bagian dari iman. Dengan demikian kebersihan dalam islam mempunyai aspek ibadah dan aspek moral, dan karena itu sering juga dipakai kata “bersuci” sebagai padanan kata “membersihkan/melakukan kebersihan”. Ajaran kebersihan tidak hanya merupakan slogan atau teori belaka, tetapi harus dijadikan pola hidup praktis, yang mendidik manusia hidup bersih sepanjang masa, bahkan dikembangkan dalam hukum Islam. Lebih lanjut ditegaskan dalam Sebuah hadits Riwayat Tirmidzi bagaimana Allah mencintai kebersihan.

إِنَّ لِلَّهِ تَعَالَى طَيِّبٌ يُحِبُّ الطَّيِّبَ نَظِيفٌ يُحِبُّ النَّظَافَةَ كَرِيمٌ يُحِبُّ
الْكَرَمَ جَوَادٌ يُحِبُّ الْجُودَ فَنَظِّفُوا فَنُظِّفَكُمْ . ﴿١٠﴾ رَوَاهُ التِّرْمِذِيُّ

Terjemahnya :

“Sesungguhnya Allah itu baik, mencintai kebaikan, bahwasanya Allah itu bersih, menyukai kebersihan, Dia Maha Mulia yang menyukai kemuliaan, Dia Maha Indah menyukai keindahan, karena itu bersihkan tempat-tempatmu”. (HR. Tirmidzi)

Hadits di atas menjelaskan bahwa Allah SWT adalah Dzat yang Maha Baik, Maha Suci, dan Maha Indah. Dia mencintai kebaikan, kesucian, kemuliaan, dan keindahan. Agar kita dicintai Allah maka hendaknya kita harus senantiasa berbuat kebajikan, menjaga kesucian (kebersihan lahir dan batin), mengagungkan Allah SWT dan berbuat kemuliaan terhadap sesama manusia dan menjadikan tempat tinggal dan lingkungannya terlihat teratur, tertib dan indah.

Sebagaimana hadits diatas menjelaskan bahwa *“Dia Maha Indah menyukai keindahan, karena itu bersihkan tempat-tempatmu”*. Kesehatan anak terutama sangat dipengaruhi oleh perilaku masyarakat disekitarnya. Bagaimana mereka mengelola lingkungan hidupnya, jadi status kesesehatan lingkungan sangat menentukan kesehatan anak balita, terutama karena anak balita melewati sebagian besar waktunya didalam lingkungan tersebut. Penelitian di Bangladesh oleh Range et.al (1997), menunjukkan kebersihan anak balita dan lingkungan sekitar tampak berhubungan dengan status gizi dan penyakit secara signifikan. Kebersihan lantai dihubungkan dengan penyakit pada usia dimana anak balita mulai merangkak. Penelitian ini juga menunjukkan serangkaian hubungan yang kompleks mengenai pengaruh kebersihan dengan pengaruh fisik dari lingkungan yang tidak dijaga kebersihannya terhadap kesehatan anak balita (Kartini 2009).

3. Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak,

penyuluhan kesehatan dan gizi serta sarana kesehatan yang baik seperti Posyandu, Puskesmas, praktik Bidan atau Dokter, Rumah Sakit dan persediaan air bersih (Ayu 2008).

Anak balita merupakan masa yang mudah terinfeksi penyakit. Oleh karenanya diperlukan ketekunan Ibunya untuk membawa anaknya ke fasilitas kesehatan jika anaknya mengalami penyakit infeksi. Selain memberikan imunisasi lengkap kepada anak sebelum menginjak usia 1 tahun, pengobatan penyakit pada masa kanak-kanak dan mendapatkan bantuan profesional pada waktu yang tepat, sangat berperan dalam menjaga kesenatan anak (Dahlia 2012). Faktor-faktor tersebut berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan pendidikan keluarga. Makin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan, maka makin banyak yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Tetapi sebaliknya, apabila tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan keluarga sangat rendah maka tingkat ekonomi keluarga juga rendah, akibatnya akan mempengaruhi tingkat ketahanan pangan, sehingga timbullah berbagai masalah kesehatan dalam keluarga (Dahlia 2012).

Status gizi dipengaruhi oleh faktor langsung dan tidak langsung. Salah satu faktor yang tidak langsung mempengaruhi status gizi yaitu pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kesehatan terutama masalah gizi. Keaktifan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan terutama pemeriksaan kesehatan anak balita tentu akan berpengaruh pada keadaan status gizi anak balita. Fasilitas kesehatan misalnya Posyandu. Posyandu menjadi pelayanan kesehatan yang penting untuk bayi dan balita yang paling awal, dimana salah satu tujuannya memantau peningkatan status gizi masyarakat terutama anak balita dan Ibu hamil.

Allah SWT telah menundukkan alam raya ini untuk kemudahan dan kebermanfaatan bagi segenap makhluknya, terutama manusia. Sebagaimana firmanNya dalam QS Lukman/31:20.

أَلَمْ تَرَوْا أَنَّ اللَّهَ سَخَّرَ لَكُم مَّا فِي السَّمَوَاتِ وَمَا فِي الْأَرْضِ وَأَسْبَغَ عَلَيْكُمْ نِعَمَهُ
ظَهْرَةً وَبَاطِنَةً وَمِنَ النَّاسِ مَن يُجَادِلُ فِي اللَّهِ بِغَيْرِ عِلْمٍ وَلَا هُدًى وَلَا كِتَابٍ مُّنِيرٍ



Terjemahnya :

“Tidakkah kamu perhatikan Sesungguhnya Allah telah menundukkan untuk (kepentingan)mu apa yang di langit dan apa yang di bumi dan menyempurnakan untukmu nikmat-Nya lahir dan batin. Dan di antara manusia ada yang membantah tentang (keesaan) Allah tanpa ilmu pengetahuan atau petunjuk dan tanpa kitab yang memberi penerangan”. (Departemen Agama RI, 2010).

Pada ayat diatas, Allah SWT masih menekankan perintah kepada manusia untuk mengeksplor dan meneliti ciptaan Allah SWT yang ada di bumi dan di angkasa. Semua ciptaan Allah SWT itu merupakan kenikmatan lahir dan batin bagi manusia yang menyadarinya. Sedang bagi manusia yang tidak menyadarinya yakni manusia yang tidak mempelajari wahyu dan kurang wawasan keilmuan, maka dia akan membantah (*kufur*) terhadap nikmat lahir dan batin tersebut (Abdulllah 2016).

Didalalam tafsir Al-Misbah, ayat tersebut diatas menyatakan: *tidakkah engkau, wahai Nabi Muhammad atau siapa saja, melihat dan memerhatikan bahwa sesungguhnya Allah telah menundukkan untuk kepentingan kamu apa yang dilangit, seperti udara, matahari, bulan, bintang-bintang, angin, dan sebagainya, dan menundukkan juga untuk kemaslahatan kamu apa yang dibumi, seperti gunung-gunung, tumbuh-tumbuhan, laut, dan sungai serta segala isinya. Dan, disamping itu, Dia menyempurnakan serta menganugerahkan secara luas*

bagi kamu nikmat-Nya yang lahir, seperti kesehatan dan kelengkapan anggota tubuh, harta benda, kedudukan dan keturunan, dan juga nikmat-Nya yang batin, dan kedamaian, optimisme, akal, emosi, dan lain-lain. Kata (أَسْبَغَ) asbagha terambil dari sabagha yang pada mulanya berarti sempurna dan luas. Yang dimaksud di sini adalah nikmat-nikmat yang pada hakikatnya sangat luas mencukupi, bahkan melimpah, melebihi apa yang dibutuhkan manusia jika mereka mau menggunakannya secara adil dan benar (Shihab 2009c).

Ayat diatas menegaskan pada kita, bahwasanya selayaknya kita memanfaatkan apa yang telah Allah SWT berikan, berupa nikmat-Nya , fasilitas-fasilitas-Nya yang telah disediakan di dunia ini. Salah satunya dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Banyak faktor yang mempengaruhi status gizi balita. Terdapat faktor langsung dan tidak langsung. Salah satu faktor langsung adalah kejadian penyakit infeksi yang erat kaitannya dengan pelayanan kesehatan. Kesadaran untuk membawa anak ketempat pelayanan kesehatan dapat mencegah terjadinya masalah gizi dan kesehatan balita.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Jahari 2011), menunjukkan perbedaan yang sangat nyata ($p < 0,001$) bahwa perilaku Ibu balita yang memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih banyak balita dengan status gizi baik dibandingkan dengan balita yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

C. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi

1. Status Gizi

Status adalah posisi atau peringkat yang didefinisikan secara sosial yang diberikan kepada kelompok atau anggota oleh orang lain. Dan gizi adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses kehidupan (Hasdianah H.R et al. 2014).

Menurut Gibson (1990), status gizi merupakan suatu keadaan tubuh yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan atau konsumsi, penyerapan dan penggunaan makanan (Hapitria et al. 2011).

Status gizi adalah tingkat keadaan gizi seseorang yang dinyatakan menurut jenis dan beratnya keadaan gizi; misalnya gizi lebih, gizi baik, gizi kurang, dan gizi buruk (Depkes RI, 1992). Status gizi merupakan keseimbangan antara kebutuhan zat gizi dan konsumsi makanan (Jelliffe, 1996 dan Beck, 1993) (Adriani & Wirjatmadi 2014) Sedangkan menurut (Supariasa et al. 2002), status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu.

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Menurut (Hasdianah H.R et al. 2014), ada beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi yaitu :

a. Sosial Ekonomi

Pendapatan keluarga turut mempengaruhi gizi.

b. Pengetahuan

Yaitu merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang dengan bertambahnya usia, tingkat pengetahuan seseorang akan bertambah. Hal ini disebabkan semakin banyak unsur semakin banyak pula pengalaman yang di dapatkan (Notoatmodjo, 2007).

c. Budaya

Kebiasaan mitos ataupun kepercayaan atau adat istiadat masyarakat tertentu.

d. Produksi Pangan yang Tidak Mencukupi Kebutuhan

Daerah kekeringan atau musim kemarau yang panjang menyebabkan kegagalan panen. Kegagalan panen ini menyebabkan persediaan pangan ditingkat rumah tangga menurun yang berakibat pada asupan gizi kurang (Nursalam, 2008).

3. Gizi Kurang

Gizi kurang adalah status klasifikasi status gizi berdasarkan indeks BB/U dimana nilai Zscore nya berada $\geq -3,0$ s/d $Zscore < -2,0$ (Riskesdas, 2013).

Gizi kurang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein yang dibutuhkan oleh tubuh karena tidak memenuhi angka kecukupan gizi yang disebut kurang energi dan protein (KEP). Kekurangan energi protein (KEP) adalah suatu penyakit yang ditandai dengan kelainan patologi yang diakibatkan oleh karena defisiensi protein saja atau defisiensi energi saja atau protein dan energi baik secara kuantitatif atau kualitatif yang biasanya sebagai akibat/berhubungan dengan penyakit infeksi. Orang yang mengidap gejala klinis KEP ringan dan sedang pada pemeriksaan anak hanya nampak kurus karena ukuran berat badan anak tidak sesuai dengan berat badan anak yang sehat (Syarfaini 2013).

Masalah gizi anak secara garis besar merupakan dampak dari ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran zat gizi (*nutritional imbalance*), yaitu asupan yang melebihi keluaran atau sebaliknya, disamping kesalahan dalam memilih bahan makanan untuk disantap (Arisman 2009).

Menurut (Alamsyah 2013), masalah gizi kurang dapat disebabkan oleh sebagai berikut :

a. Penyebab langsung

Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Timbulnya gizi kurang tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering

menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

b. Penyebab tidak langsung

Ada 3 (tiga) penyebab tidak langsung yang menyebabkan gizi kurang yaitu sebagai berikut :

- 1) Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. Setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya.
- 2) Pola pengasuhan anak kurang memadai. Setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan baik, baik fisik, mental dan sosial.
- 3) Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan.

Masalah gizi kurang merupakan masalah yang sangat penting menjadi perhatian karena dampaknya secara langsung terhadap gangguan pertumbuhan, perkembangan dan produktivitas serta apabila kekurangan zat gizi makro (vitamin dan mineral) akan mengakibatkan terjadinya gangguan pertumbuhan (Depkes, 2002 *dalam* Syukriawati, 2011).

D. Tinjauan Tentang Metode Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi adalah interpretasi dari data yang didapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang beresiko atau dengan status gizi buruk. Metode dalam penilaian status gizi

dibagi dalam dua kelompok yaitu pertama, metode secara langsung yang terbagi menjadi empat penilaian yaitu : antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Kedua metode secara tidak langsung yang terdiri atas survey konsumsi makanan, faktor ekologi dan *statistic vital* (Syarfaini 2013). Namun pada pokok bahasan ini akan dibahas mengenai penilaian status gizi secara langsung khususnya antropometri.

1. Antropometri

Antropometri berasal dari kata *anthropos* dan *metros*. *Anthropos* artinya tubuh dan *metros* artinya ukuran. Jadi antropometri adalah ukuran dari tubuh (Supariasa et al. 2002).

Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa et al. 2002).

Faktor yang mendasari penggunaan antropometri adalah alatnya mudah didapat dan digunakan (dacin, pita lingkar lengan, *microtoise*), pengukurannya dapat dilakukan berulang dengan mudah dan obyektif. Pengukuran dapat dilakukan oleh tenaga yang telah dilatih dan tak perlu tenaga profesional. Biaya relatif murah, hasil mudah disimpulkan karena mempunyai ambang batas dan baku rujukan yang pasti, serta secara ilmiah diakui kebenarannya (Syarfaini 2013).

2. Parameter Antropometri

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar

kepala, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal lemak dibawah kulit (Supariasa et al. 2002). Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi.

a. Umur

Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. kesalahan penentuan umur akan menyebabkan interpretasi status gizi menjadi salah. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat (Supariasa et al. 2002).

Menurut Puslitbang Gizi Bogor (1980), batasan umur digunakan adalah tahun umur penuh (*completed Year*) dan untuk anak umur 0-2 tahun digunakan bulan usia penuh (*Completed Month*).

b. Berat Badan

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir (*neonatus*). Berat badan digunakan untuk mendiagnosa bayi normal atau BBLR. Dikatakan BBLR apabila berat bayi lahir di bawah 2500 gram atau di bawah 2,5 kg. Pada masa bayi-balita, berat badan dapat dipergunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi, kecuali terdapat kelainan klinis seperti dehidrasi, asites, edema dan adanya tumor. Berat badan menggambarkan jumlah dari protein, lemak, air dan mineral pada tulang (Supariasa et al. 2002).

Berat badan merupakan pilihan utama karena berbagai pertimbangan, antara lain:

- 1) Paramater yang paling baik, mudah terlihat perubahan dalam waktu singkat karena perubahan-perubahan konsumsi makanan dan kesehatan.
- 2) Memberikan gambaran status gizi sekarang dan kalau dilakukan secara periodik memberikan gambaran yang baik tentang pertumbuhan.

- 3) Merupakan ukuran antropometri yang sudah dipakai secara umum dan luas di Indonesia sehingga tidak merupakan hal baru yang memerlukan penjelasan secara meluas.
- 4) Ketelitian pengukuran tidak banyak dipengaruhi oleh keterampilan pengukur.
- 5) KMS (Kartu Menuju Sehat) yang digunakan sebagai alat yang baik untuk pendidikan dan memonitor kesehatan anak menggunakan juga berat badan sebagai dasar pengisiannya.
- 6) Karena masalah umur merupakan faktor penting untuk penilaian status gizi, berat badan terhadap tinggi badan sudah dibuktikan dimana-mana sebagai indeks yang tidak tergantung pada umur.
- 7) Alat pengukur dapat diperoleh di daerah pedesaan dengan ketelitian yang tinggi dengan menggunakan dacin yang juga sudah dikenal oleh masyarakat.

c. Tinggi Badan

Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang, jika umur tidak diketahui dengan tepat. Di samping itu tinggi badan merupakan ukuran kedua yang penting, karena dengan menghubungkan berat badan terhadap tinggi badan (*Quac Stick*), faktor umur dapat dikesampingkan (Supriasa et al. 2002).

Pengukuran tinggi badan untuk anak balita yang sudah dapat berdiri dilakukan dengan alat pengukur tinggi mikrotoa (*microtoise*) yang mempunyai ketelitian 0,1 cm (Supriasa et al. 2002).

d. Lingkar Lengan Atas

Lingkar lengan atas (LLA) dewasa ini memang merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi, karena mudah dilakukan dan tidak

memerlukan alat-alat yang sulit diperoleh dengan harga yang lebih murah (Supariasa et al. 2002).

e. Lingkar Lengan Atas pada Wanita Usia Subur

Pengukuran LLA adalah suatu cara untuk mengetahui risiko kekurangan Energi Protein (KEP) wanita usia subur (WUS). Pengukuran LLA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Pengukuran LLA digunakan karena pengukurannya sangat mudah dan dapat dilakukan oleh siapa saja (Supariasa et al. 2002).

Menurut Depkes RI (1994) pengukuran LLA pada kelompok wanita usia subur (WUS) adalah salah satu cara deteksi dini yang mudah dan dapat dilaksanakan oleh masyarakat awam, untuk mengetahui kelompok beresiko. Kekurangan Energi Kronis (KEK). Wanita usia subur adalah 15-45 tahun (Supariasa et al. 2002).

3. Indeks Antropometri

Kombinasi antara beberapa parameter disebut Indeks Antropometri. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) (Supariasa et al. 2002).

a. Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil (Supariasa et al. 2002).

Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan yang abnormal, terdapat dua kemungkinan perkembangan berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi. Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (*current nutritional status*) (Supariasa et al. 2002).

Tabel 2.2
Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks (BB/U)

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat badan menurut Umur (BB/U) Anak umur 0-60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	>2 SD

Sumber : Kemenkes RI 2011

Kelebihan Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U) :

- 1) Lebih mudah dan lebih cepat dimengerti oleh masyarakat umum.
- 2) Baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis.
- 3) Berat badan dapat berfluktuasi.
- 4) Sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan kecil.
- 5) Dapat mendeteksi kegemukan (*over weight*)

Disamping mempunyai kelebihan, indeks BB/U juga mempunyai beberapa kekurangan antara lain :

- 1) Dapat mengakibatkan interpretasi status gizi yang keliru bila terdapat edema maupun asites.
- 2) Di daerah pedesaan yang masih terpencil dan tradisional, umur sering sulit ditaksir secara tepat karena pencatatan umur yang belum baik.

- 3) Memerlukan data umum yang akurat, terutama untuk anak dibawah usia lima tahun.
- 4) Sering terjadi kesalahan dalam pengukuran, seperti pengaruh pakaian atau gerakan anak pada saat penimbangan.
- 5) Secara operasional sering mengalami hambatan karena masalah sosial budaya setempat. Dalam hal ini orang tua tidak mau menimbang anaknya, karena dianggap seperti dagangan dan sebagainya.

b. Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan pertambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif, terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama (Supariasa et al. 2002).

Berdasarkan karakteristik tersebut diatas, maka indeks ini menggambarkan status gizi masa lalu. Beaton dan Bengoa (1973) menyatakan indeks TB/U disamping memberikan gambaran status gizi masa lampau, juga lebih erat kaitannya dengan status soial-ekonomi (Supariasa et al. 2002)

Tabel 2.3

Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks (TB/U)

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Tinggi badan menurut Umur (TB/U) Anak umur 0-60 Bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD

Sumber : Kemenkes RI 2011

Keuntungan Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (BB/U) :

- 1) Baik untuk menilai status gizi masa lampau
- 2) Ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa.

Adapun kelemahan Indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) adalah :

- 1) Tinggi badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun.
- 2) Pengukuran relatif sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak, sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya.
- 3) Ketepatan umur sulit didapat.

c. Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (Sekarang). Indeks BB/TB adalah indeks yang independen terhadap umur (Supariasa et al. 2002).

Tabel 2.4

Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks (BB/TB)

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Tinggi badan menurut Umur (BB/TB) Anak umur 0-60 Bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD

Sumber : Kemenkes RI 2011

Adapun keuntungan indeks BB/TB :

- 1) Tidak memerlukan data umur.
- 2) Dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal dan kurus).

Kelemahan indeks BB/TB :

- 1) Tidak dapat memberikan gambaran, apakah anak tersebut pendek, cukup tinggi badan atau kelebihan tinggi badan menurut umurnya, karena faktor umur tidak dipertimbangkan.
- 2) Dalam praktek sering mengalami kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang/tinggi badan kelompok balita.
- 3) Membutuhkan dua macam alat ukur.

- 4) Pengukuran relatif lebih lama.
- 5) Membutuhkan dua orang untuk melakukannya.
- 6) Sering terjadi kesulitan dalam pembacaan hasil pengukuran, terutama bila dilakukan oleh kelompok non-profesional

4. Cara Pengukuran Antropometri

Pengukuran antropometri (berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan) sebenarnya sangat mudah dilakukan namun juga sekaligus rawan terhadap bias dan *error* data. Untuk menghindari bias dan *error* data maka hal yang perlu diperhatikan adalah kualitas alat yang digunakan dan ketelitian pewawancara dalam melakukan pengukuran.

Pengukuran antropometri yaitu berat badan menggunakan timbangan injak digital. Alat ini digunakan untuk mengukur berat badan orang dewasa, anak yang sudah bisa berdiri maupun bayi hanya pengukurannya saja yang berbeda.

Penyiapan Alat Ukur :

- 1) Letakkan alat timbang di bagian yang rata/datar dan keras.
- 2) Jika berada diatas rumput atau karpet yang tebal atau permadani, maka pasang kaki tambahan pada alat timbangan untuk bisa mengatasi daya alat yang tebal.
- 3) Pastikan alat timbang menunjukkan angka “00.00” sebelum melakukan penimbangan dengan menekan alat timbang tersebut.

Persiapan sebelum melakukan pengukuran :

- 1) Jelaskan kepada Ibu/pengasuh tujuan dari pengukuran berat badan dan berikan kesempatan untuk bertanya.
- 2) Pastikan bahwa anak tidak menggunakan pakaian tebal, pampers, popok, selimut dll, agar mendapatkan berat badan anak seakurat mungkin.

Cara pengukuran berat badan (anak bisa berdiri) :

- 1) Ketika alat timbang sudah menunjukkan angka 00.00 mintalah anak tersebut untuk berdiri di tengah-tengah alat timbang.
- 2) Pastikan posisi badan anak dalam keadaan berdiri tegak, mata/kepala lurus ke arah depan, kaki tidak menekuk.
- 3) Setelah anak berdiri dengan benar, secara otomatis alat timbang akan menunjukkan hasil penimbangan digital. Mintalah anak tersebut untuk turun dari timbangan.

Cara pengukuran berat badan (anak belum bisa berdiri) :

- 1) Jika anak belum bisa berdiri, maka minta Ibu/Pengasuh untuk menggendong tanpa selendang. Ketika alat timbang sudah menunjukkan angka 00.00 mintalah ibu dengan menggendong sang anak untuk berdiri ditengah-tengah alat timbang.
- 2) Pastikan posisi Ibu, badan tegak, mata lurus ke depan, kaki tidak menekuk dan kepala tidak menunduk ke bawah. Sebisa mungkin bayi/anak dalam keadaan tenang ketika ditimbang.
- 3) Setelah ibu berdiri dengan benar, secara otomatis alat timbang akan menunjukkan hasil penimbangan digital. Mintalah Ibu tersebut untuk turun dulu dari timbangan dan petugas yang mengukur (pewawancara) harus segera mencatat hasil penimbangan tersebut.
- 4) Ulangi proses pengukuran, kali ini hanya Ibu saja tanpa menggendong anak.
- 5) Hasil pengukuran berat badan Ibu dengan anak yang digendong dikurangi dengan berat badan ibu tanpa menggendong anak. Hasil pengurangan tersebut merupakan berat badan anak.

E. Tinjauan Umum Tentang Balita

1. Balita

Anak bawah lima tahun atau sering disingkat sebagai anak balita adalah anak yang telah menginjak usia diatas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak dibawah lima tahun (Muaris.H, 2006) atau biasa digunakan perhitungan bulan yaitu usia 12-36 bulan. Para ahli menggolongkan usia balita sebagai tahapan perkembangan anak yang cukup rentan terhadap berbagai serangan penyakit, termasuk penyakit yang disebabkan oleh kekurangan atau kelebihan asupan nutrisi jenis tertentu (Departemen Kesehatan RI 2015).

Balita usia 1-5 Tahun dapat dibedakan menjadi dua, yaitu anak usia lebih dari satu tahun sampai tiga tahun yang dikenal dengan “batita” dan anak usia lebih dari tiga tahun sampai lima tahun yang dikenal dengan usia “prasekolah”. Batita sering disebut konsumen pasif, sedangkan usia prasekolah lebih dikenal sebagai konsumen aktif (Proverawati & Kusumawati 2011).

Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif, artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan ibunya. Laju pertumbuhan masa balita lebih besar dari masa usia pra-sekolah sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif besar. Namun perutnya yang masih lebih kecil menyebabkan jumlah makanan yang mampu diterimanya dalam sekali makan lebih kecil dari anak yang usianya lebih besar. Oleh karena itu, pola makan yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi sering. Pada usia pra-sekolah anak menjadi konsumen aktif. Mereka sudah dapat memilih makanan yang disukainya. Pada usia ini anak mulai bergaul dengan lingkungannya atau bersekolah *playgroup* sehingga anak mengalami beberapa perubahan dalam perilaku. Pada masa ini anak akan mencapai fase gemar memprotes sehingga mereka akan mengatakan “tidak” terhadap setiap ajakan. Pada masa ini berat badan anak cenderung mengalami penurunan, akibat

dari aktivitas yang mulai banyak dan pemilihan maupun penolakan terhadap makanan (Muksin 2011).

Menurut Hasdianah H.R et al. 2014, gizi kurang banyak terjadi pada anak usia kurang dari lima tahun. Anak Usia 12-36 bulan adalah masa anak-anak yang masih tergantung pada perawatan dan pengasuhan Ibunya. Masa dimana anak masih membutuhkan asupan dan gizi yang mencukupi (Santoso & Ranti 2009).

Anak dibawah lima tahun merupakan merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat namun kelompok ini merupakan kelompok tersering yang menderita kekurangan gizi.

2. Kecukupan Energi dan Protein Balita

Kebutuhan gizi seseorang adalah jumlah yang diperkirakan cukup untuk memelihara kesehatan pada umumnya. Secara garis besar, kebutuhan gizi ditentukan oleh usia, jenis kelamin, aktivitas, berat badan, dan tinggi badan. Antara asupan zat gizi dan pengeluarannya harus ada keseimbangan sehingga diperoleh status gizi yang baik (Proverawati & Kusumawati 2011).

Kebutuhan gizi pada masa balita membutuhkan lebih banyak nutrisi karena masa balita (Usia 1-5 tahun) adalah periode keemasan. Periode kehidupan yang sangat penting bagi perkembangan fisik dan mental, pada masa ini pula balita mulai banyak melakukan dan menemukan hal-hal baru. Dalam hal ini, nutrisi yang baik memegang peranan penting (Hasdianah H.R et al. 2014).

Kebutuhan gizi yang harus dipenuhi pada masa balita diantaranya energi dan protein. Kebutuhan energi sehari anak untuk tahun pertama kurang lebih 100-120 kkal/kg berat badan. Untuk tiap 3 bulan pertambahan umur, kebutuhan energi turun kurang lebih 10 kkal/kg berat badan. Energi dalam tubuh diperoleh terutama dari zat gizi karbohidrat, lemak, dan juga protein (Hasdianah H.R et al. 2014). Kebutuhan energi bayi dan balita relatif besar dibandingkan dengan orang

dewasa, sebab pada usia tersebut pertumbuhannya masih sangat pesat. Kebutuhannya akan semakin menurun seiring dengan bertambahnya (Proverawati & Kusumawati 2011).

Menurut Karyadi (1996) ; Pudjiaji (2001), kebutuhan protein balita, FAO menyarankan konsumsi protein sebesar 1,5-2 g/kg BB, dimana 2/3 diantaranya didapat dari protein bernilai biologi tinggi. Pada umur 3-5 tahun konsumsi protein menjadi 1,57 g/kg hari (Adriani & Wirjatmadi 2014). Berikut angka kecukupan energi dan protein pada balita.

Tabel 2.5
Angka Kecukupan Energi dan Protein Menurut Kelompok Umur

No.	Kelompok Umur	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (Kkal)	Protein (g)
1.	0 - 6 Bulan	6	61	550	12
2.	7 – 11 Bulan	9	71	725	18
3.	1 – 3 Tahun	13	91	1125	26
4.	4 – 6 Tahun	19	112	1600	35

Sumber : Kemenkes RI 2013

Protein dalam tubuh digunakan untuk pertumbuhan otot dan imunitas tubuh. Kecukupan protein ini hanya dapat dipakai dengan syarat kebutuhan energi terpenuhi. Bila kebutuhan energi tidak terpenuhi, maka sebagian protein yang dikonsumsi akan digunakan untuk pemenuhan kebutuhan energi. Pertumbuhan dan rehabilitasi membutuhkan tambahan protein. Dalam hal rehabilitasi, kecukupan protein dan energi lebih tinggi karena akan digunakan untuk sintesis jaringan baru yang susunannya sebagian besar terdiri dari protein (Karyadi dan Muhilal, 1985 dalam Adriani & Wirjatmadi, 2014).

F. Tinjauan Umum Tentang Asupan Gizi

Asupan gizi adalah jumlah zat gizi yang konsumsi yang diperoleh dari makanan dan minuman yang dikonsumsi sehari-hari (Soekirman, 1991 dalam Kartini 2009)

1. *Food Recall 24 Jam.*

Pengukuran asupan zat gizi dapat dilakukan baik pengukuran untuk individu maupun populasi. Menurut Gibson (1990), metode yang paling cocok digunakan untuk menilai asupan gizi rata-rata dalam kelompok atau populasi yaitu metode *food recall 24 Jam*. Selanjutnya Gibson menguraikan bahwa untuk pengukuran ini sebaliknya dilakukan oleh seorang ahli yang sudah dilatih, karena dibutuhkan keterampilan khusus untuk menggali informasi-informasi yang dibutuhkan seperti keterampilan dalam bertanya, keterampilan dalam mengestimasi, ukuran rumah tangga, lalu keterampilan mengkonversi dari ukuran rumah tangga menjadi berat dalam satuan gram (Supariasa et al. 2002).

Prinsip dari metode *recall 24 jam*, dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Dalam metode ini, responden, ibu, atau pengasuh (bila anak masih kecil) disuruh menceritakan semua yang dimakan dan diminum selama 24 jam yang lalu (kemarin). Biasanya dimulai sejak ia bangun pagi kemarin sampai dia istirahat tidur malam harinya, atau dapat juga dimulai dari waktu saat dilakukan wawancara mundur kebelakang sampai 24 jam penuh. Misalnya, petugas datang pada pukul 07.00 ke rumah responden, maka konsumsi yang ditanyakan adalah mulai pukul 07.00 (saat itu) dan mundur kebelakang sampai pukul 07.00, pagi hari sebelumnya. Wawancara dilakukan oleh petugas yang sudah terlatih dengan menggunakan kuesioner terstruktur (Supariasa et al. 2002).

Recall 24 jam, sebaiknya dilakukan berulang-ulang dan harinya tidak berturut-turut. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa minimal 2 kali *recall 24 jam* tanpa berturut-turut, dapat menghasilkan gambaran asupan zat gizi lebih optimal dan memberikan variasi yang lebih besar tentang intake harian individu (Supariasa et al. 2002).

Langkah-langkah pelaksanaan *recall* 24 Jam ;

1. Petugas atau pewawancara menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam ukuran rumah tangga (URT) selama kurun waktu 24 jam yang lalu. Dalam membantu responden mengingat apa yang dimakan, perlu diberi penjelasan waktu kegiatannya seperti waktu baru bangun, setelah sembahyang, pulang dari sekolah/bekerja, sesudah tidur siang dan sebagainya. Selain dari makanan utama, makanan kecil atau jajan juga dicatat. Termasuk makanan yang dimakan diluar rumah seperti di restoran, di kantor, di rumah teman atau saudara. Untuk masyarakat perkotaan konsumsi tablet yang mengandung vitamin dan mineral juga dicatat serta adanya pemberian tablet besi atau kapsul vitamin A.
2. Petugas melakukan konversi dari URT ke dalam ukuran berat (gram). Dalam menaksir/memperkirakan kedalam ukuran berat (gram) pewawancara menggunakan berbagai alat bantu seperti contoh ukuran rumah tangga (Piring, gelas, sendok, dan lain-lain) atau model dari makanan (*food model*). Makanan yang dikonsumsi dapat dihitung dengan alat bantu ini atau dengan menimbang langsung contoh makanan yang akan di makan berikut informasi tentang komposisi makanan jadi.
3. Menganalisis bahan makanan ke dalam zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM).
4. Membandingkan dengan Daftar Kecukupan yang dianjurkan (DKGA) atau Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Indonesia.

Metode *recall* 24 jam ini mempunyai beberapa kelebihan dan kekurangan, sebagai berikut :

a. Kelebihan metode *recall* 24 jam :

- 1) Mudah melaksanakannya serta tidak terlalu membebani responden.
- 2) Biaya relatif murah, karena tidak memerlukan peralatan khusus dan tempat yang luas untuk wawancara.
- 3) Cepat, sehingga dapat mencakup banyak responden.
- 4) Dapat digunakan untuk responden yang buta huruf.
- 5) Dapat memberikan gambaran nyata yang benar-benar dikonsumsi individu sehingga dapat dihitung intake zat gizi sehari.

b. Kekurangan metode *recall* 24 jam :

- 1) Tidak dapat menggambarkan asupan makanan sehari-hari, bila hanya dilakukan *recall* satu hari.
- 2) Ketepatannya sangat tergantung pada daya ingat responden. Oleh karena itu responden harus mempunyai daya ingat yang baik, sehingga metode ini tidak cocok dilakukan pada usia di bawah 7 tahun, orang tua berusia 70 tahun dan orang yang hilang ingatan atau orang yang pelupa.
- 3) *The flat slope syndrome*, yaitu kecenderungan bagi responden yang kurus untuk melaporkan konsumsinya lebih banyak (*over estimate*) dan bagi responden yang gemuk cenderung melaporkan lebih sedikit (*under estimate*).
- 4) Membutuhkan tenaga atau petugas yang terlatih dan terampil dalam menggunakan alat-alat bantu URT dan ketepatan alat bantu yang dipakai menurut kebiasaan masyarakat. Pewawancara harus dilatih untuk dapat secara tepat menanyakan apa-apa yang dimakan oleh responden, dan

mengenal cara-cara pengolahan makanan serta pola pangan daerah yang akan diteliti secara umum.

- 5) Responden harus diberi motivasi dan penjelasan tentang tujuan dari penelitian.
- 6) Untuk mendapatkan gambaran konsumsi makanan sehari-hari *recall* jangan dilakukan pada saat panen, hari pasar, hari akhir pekan, pada saat melakukan upacara-upacara keagamaan, selamatan dan lain-lain.

2. Food Frekuensi Questionnaire (FFQ)

Prinsip dasar *food frekuensi questionnaire* (FFQ) adalah menggali informasi frekuensi makanan tertentu pada individu yang diduga beresiko tinggi menderita defisiensi gizi atau kelebihan asupan zat gizi tertentu pada periode waktu yang lalu. Jadi FFQ juga digunakan sebagai alat diagnostik terhadap makanan yang menyebabkan kasus gizi (kekurangan dan kelebihan). Hal ini dimaksudkan untuk mengetahui besar faktor pajanan makanan tertentu terhadap kejadian penyakit yang berhubungan dengan asupan gizi. FFQ ada dua jenis, yaitu FFQ murni dan semi-FFQ. Perbedaannya adalah pada FFQ murni tidak ada kuantitas (porsi), sedangkan pada semi-FFQ ada kuantitas (porsi) (Sirajuddin et al. 2015).

Kegunaan metode FFQ adalah menilai keterkaitan antara asupan makanan tertentu dan kandungan zat gizi tertentu terhadap risiko kejadian penyakit. *Food frekuensi questionnaire* tidak ditujukan untuk menilai asupan zat gizi saja, tetapi lebih dikhususkan untuk menilai adanya korelasi antara pajanan konsumsi makanan tertentu terhadap timbulnya kasus kelainan gizi. Pajanan asupan zat gizi dalam waktu lama berimplikasi pada kondisi ketahanan tubuh secara umum. Jika akibat pajanan asupan zat gizi yang tidak seimbang bersifat kronis, kelainan klinis

yang dikenal dengan gejala klinis kelainan gizi (kondisi patologis) akan terjadi (Sirajuddin et al. 2015).

Metode penilaian konsumsi pangan dengan FFQ dan semi-FFQ ini digunakan untuk mendeteksi secara dini mengenai ada atau tidaknya hubungan antara timbulnya kelainan atau gejala klinis penyakit tertentu dan paparan konsumsi makanan tertentu yang diduga tercemar (Sirajuddin et al. 2015).

Berdasarkan sifat kekhususan FFQ atau semi-FFQ sebagai metode diagnostik penyakit akibat kelainan asupan zat gizi dan atau cemaran lingkungan terhadap makanan, metode ini dilakukan dengan teknik yang berstandar tinggi. Kesalahan sekecil apapun, berakibat fatal terhadap hasil investigasi survei konsumsi pangan. Sebagai contoh, ketika seorang melakukan survei konsumsi dengan metode FFQ, kemudian menetapkan kriteria konsumsi pangan pada level cukup, sedang dan kurang, maka ini adalah model kesalahan sistematis yang dipastikan tidak memahami filosofi dasar FFQ. Metode FFQ bukanlah untuk menilai tingkat konsumsi makanan, melainkan untuk menentukan korelasi antara konsumsi makanan dengan munculnya kelainan klinis pada individu dan masyarakat luas di daerah tertentu (Sirajuddin et al. 2015).

Tahap pengembangan instrument FFQ terstandar adalah sebagai berikut:

a. *Survei Data Base*

Metode FFQ harus didahului dengan survei *data base* bahan makanan. *Data base* difokuskan pada jenis bahan makanan atau makanan yang diketahui berhubungan dengan kejadian penyakit atau kondisi patologis tertentu. Semua jenis bahan makanan tidak dapat dimasukkan ke dalam formulir FFQ karena jumlah yang relatif banyak. Peneliti hanya memfokuskan pada bahan makanan tertentu saja (Sirajuddin et al. 2015).

b. Pengembangan FFQ

Pengembangan formulir FFQ didasarkan pada *data base* survei awal pangan potensial. Pangan potensial yang dimaksud adalah pangan yang secara signifikan berhubungan dengan kondisi penyakit atau gejala klinis tertentu. Analisis terhadap jenis bahan makanan atau makanan yang layak dimasukkan dalam form FFQ harus dilakukan agar pelaksanaan FFQ berlangsung secara efektif dan efisien (Sirajuddin et al. 2015).

Iris Shai et.al (2015) menjelaskan ada dua pertimbangan pokok dalam memasukkan bahan makanan atau makanan ke dalam formulir FFQ, yaitu *kandungan gizi* dan *frekuensi konsumsi*. Pertimbangan kandungan gizi yang dimaksud adalah zat gizi yang memiliki korelasi kuat dengan penyebab masalah gizi. Defisiensi zat gizi dapat menimbulkan gangguan pada sistem enzim yang berlanjut pada kelainan jaringan dan gangguan fungsi jaringan (Gibson,2005). Sedangkan pertimbangan frekuensi konsumsi yang dimaksud adalah untuk mengetahui dan memastikan bahwa hanya makanan dengan frekuensi konsumsi relatif tinggi yang dimasukkan ke dalam formulir FFQ. Makanan yang dianjurkan masuk dalam formulir FFQ sebaiknya makanan yang dikonsumsi paling sedikit 80% populasi, dengan frekuensi minimal 1 kali seminggu. Jika jenis makanan yang terseleksi sulit ditentukan, penentuan dapat dilakukan dengan analisis statistik regresi linier model *stepwise*. Variable dependennya (Y) adalah skor total konsumsi dan variable independennya ($X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$) adalah skor konsumsi setiap bahan makanan yang diperoleh dari *data base* survei awal. Hasil akhir analisis regresi linier model *stepwise* adalah diketahuinya jenis bahan makanan yang menjadi predictor kuat terhadap skor frekuensi konsumsi (Sirajuddin et al. 2015).

c. Formulir FFQ Final

Formulir FFQ yang digunakan dalam survei konsumsi adalah yang telah melalui tahapan penyusunan terstandar. Pada formulir FFQ ditetapkan 9 opsi untuk metode semi-FFQ dan 6 opsi untuk metode FFQ pada pilihan frekuensi makan, yaitu, >1 kali sehari, 1 kali sehari, 3-6 kali seminggu, 1-2 kali seminggu, 2 kali sebulan, tidak pernah. Kemudahan dalam pelaksanaan survei konsumsi dengan metode FFQ juga dapat dilakukan dengan alat bantu gambar seperti pada metode *food recall* yang lebih disederhanakan. Hal ini untuk mengatasi kendala bahasa antara responden dan pewawancara. Penyebutan nama makanan dan bahan makanan dapat disesuaikan dengan bahasa lokal jika penggunaan bahasa nasional dianggap tidak familiar (Sirajuddin et al. 2015).

G. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan Gizi Ibu

Pengetahuan dapat diartikan sebagai segala apa yang diketahui berkenaan dengan suatu hal. Dalam kamus lengkap praktis Bahasa Indonesia yang dimaksudkan dengan gizi adalah zat makanan pokok yang diperlukan bagi pertumbuhan dan kesehatan badan. Jadi pengetahuan Ibu tentang gizi balita dapat diartikan sebagai segala apa yang diketahui oleh Ibu tentang zat makanan pokok yang diperlukan bagi pertumbuhan dan kesehatan badan balita.

Menurut Notoatmodjo S (2003) pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari berbagai penelitian diketahui suatu perilaku yang didasari oleh pengetahuan, akan lebih “langgeng” dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Adriani & Wirjatmadi 2014).

Pengetahuan penting peranannya dalam menentukan asupan makanan. Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap perilaku dalam memilih makanan yang akan berdampak pada asupan gizinya. Dengan adanya pengetahuan tentang gizi, masyarakat akan tahu bagaimana menyimpan dan menggunakan pangan (Suhardjo, 1989 dalam Adriani & Wirjatmadi, 2014). Dalam kehidupan masyarakat sehari-hari sering terlihat keluarga yang sesungguhnya berpenghasilan cukup, tetapi makanan yang dihidangkan seadanya saja. Keadaan ini menunjukkan ketidaktahuan akan faedah makanan bagi kesehatan tubuh, merupakan sebab buruknya mutu gizi makanan keluarga (Moehji, S, 1988 dalam Adriani & Wirjatmadi, 2014).

Menurut Suhardjo (1986), jika tingkat pengetahuan gizi baik, maka diharapkan status gizi Ibu dan balitanya baik; sebab gangguan gizi adalah karena kurangnya pengetahuan tentang gizi. Ibu yang cukup pengetahuan gizi akan memerhatikan kebutuhan gizi yang dibutuhkan anaknya supaya dapat tumbuh dan berkembang seoptimal mungkin. Sehingga Ibu akan berusaha memiliki bahan makanan yang sesuai dengan kebutuhan anaknya (Adriani & Wirjatmadi 2014). Allah SWT berfirman dalam QS Az-Zumar/39:9

.... قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُوا الْأَلْبَابِ ﴿٩﴾

Terjemahnya :

Katakanlah: "Adakah sama orang-orang yang mengetahui dengan orang-orang yang tidak mengetahui?" Sesungguhnya orang yang berakallah yang dapat menerima pelajaran.

Ayat diatas menegaskan bahwa siapa yang memiliki pengetahuan tentu berbeda dengan yang tidak memiliki pengetahuan. Didalam tafsir Al-Misbah kata *يَعْلَمُونَ* pada ayat diatas dimaksudkan, siapa yang memiliki pengetahuan, apapun pengetahuan itu, pasti tidak sama dengan yang tidak memilikinya. Ilmu pengetahuan yang dimaksud adalah pengetahuan yang bermanfaat yang

menjadikan seseorang mengetahui hakikat sesuatu lalu menyesuaikan diri dan amalnya dengan pengetahuan itu. .

Ibu merupakan sosok peran yang penting bagi anak-anaknya, terutama dalam hal makanan. Ibu mempunyai tugas untuk mengatur pemberian makan bagi anggota keluarga, sehingga harus memahami pentingnya dalam menyiapkan makan bagi anak-anaknya. Faktor yang melatarbelakangi pemberian makan oleh Ibu adalah pemahaman Ibu tentang gizi yang dibutuhkan oleh anaknya, yaitu pengetahuan tentang gizi anak balita, makanan apa yang mempengaruhi gizi anak balita, jenis bahan makanan apa yang digunakan, porsi makan balitanya bagaimana? frekuensi dan waktu pemberian makan kepada anak balita seperti apa. Pengetahuan Ibu yang berbeda akan mempengaruhi pemberian makan kepada anak balita. Pola makan anak balita akan bergantung pada Ibu. Bila pengetahuan Ibu semakin baik, maka pola makan anak balita pun semakin baik. Sebagaimana ayat diatas *"Adakah sama orang-orang yang mengetahui dengan orang-orang yang tidak mengetahui?"* Jadi Ibu yang memiliki pengetahuan kesehatan dan gizi tentu berbeda dengan Ibu yang tidak memiliki pengetahuan.

H. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Infeksi

Infeksi adalah pertumbuhan organisme parasit dalam tubuh. Organisme parasit adalah salah satu yang hidup pada atau dalam organisme lain dan makanan yang menarik daripadanya. Infeksi adalah invasi (masuk ke dalam tubuh) dan multiplikasi (pertumbuhan dan perkembangan) mikroorganisme patogen di bagian tubuh atau jaringan, yang dapat menghasilkan cedera jaringan berikutnya dan kemajuan untuk terbuka penyakit melalui berbagai mekanisme seluler atau beracun (Adriani & Wirjatmadi 2014).

Gangguan defisiensi gizi dan rawan infeksi merupakan pasangan yang erat, maka perlu ditinjau kaitannya satu sama lain. Infeksi bisa berhubungan

dengan gangguan gizi melalui beberapa cara, yaitu memengaruhi nafsu makan, menyebabkan kehilangan bahan makanan karena muntah-muntah/diare, atau memengaruhi metabolisme makanan (Adriani & Wirjatmadi 2014).

Secara garis besar, Nency dan Arifin (2005) dalam (Zuldesni 2007) menjelaskan bahwa kekurangan gizi disebabkan asupan makanan yang kurang atau anak sering sakit/terkena infeksi. Asupan makanan yang kurang disebabkan oleh banyak faktor antara lain tidak tersedianya makanan secara memadai (*adekuat*), anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang dan pola makan yang salah. Sedangkan kaitan antara sakit/infeksi dengan kurang gizi seperti lingkaran setan yang sukar diputuskan, karena keduanya saling terkait dan saling memperberat. Kondisi infeksi kronik akan menyebabkan kurang gizi dan kondisi kurang gizi sendiri akan memberikan dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi.

Infeksi bisa berhubungan dengan gangguan gizi melalui beberapa cara, yaitu mempengaruhi nafsu makan, menyebabkan kehilangan bahan makanan karena muntah/diare atau memengaruhi metabolisme makanan (Adriani & Wirjatmadi 2014).

I. Tinjauan Umum Tentang Keluarga Nelayan

1. Konsep Keluarga

Menurut WHO (1969), keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Sedangkan menurut Depkes (1998), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi 2008).

Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluarga inilah pendidikan kepada

individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik, sehingga untuk membangun suatu kebudayaan maka seyogyanya dimulai dari keluarga (Setiadi 2008).

Sebagai unit terkecil dalam masyarakat, keluarga memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anaknya yang meliputi agama, psikologi, makan dan minum dan sebagainya. Adapun tujuan membentuk keluarga adalah untuk mewujudkan kesejahteraan bagi anggota keluarganya. Keluarga yang sejahtera diartikan sebagai keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan fisik dan mental yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa serta memiliki hubungan yang serasi, selaras, dan seimbang antar anggota keluarga, dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungannya (Puspitawati 2013).

Keluarga juga seperti diamanahkan oleh Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga Bab II Bagian Ketiga Pasal 4 ayat (2), bahwa pembangunan keluarga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tenteram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin (Puspitawati 2013).

Dalam UU kesehatan nomor 23 tahun 1992 pasal 5 menyebutkan “setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, dan lingkungan”. Dari pasal diatas jelas bahwa keluarga berkewajiban menciptakan dan memelihara kesehatan dalam upaya meningkatkan tingkat derajat kesehatan yang optimal (Setiadi 2008).

Keluarga merupakan keharusan yang diwajibkan oleh Agama, salah satunya tertera dalam Al Qur'an. Firman Allah dalam QS At-Tahrim/66: 6 :

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا وَقُودُهَا النَّاسُ وَالْحِجَارَةُ عَلَيْهَا مَلَائِكَةٌ
 غِلَاطٌ شِدَادٌ لَا يَعْصُونَ اللَّهَ مَا أَمَرَهُمْ وَيَفْعَلُونَ مَا يُؤْمَرُونَ ﴿٦٠﴾

Terjemahnya :

“Hai orang-orang yang beriman, peliharalah dirimu dan keluargamu dari api neraka yang bahan bakarnya adalah manusia dan batu; penjaganya malaikat-malaikat yang kasar, keras, dan tidak mendurhakai Allah terhadap apa yang diperintahkan-Nya kepada mereka dan selalu mengerjakan apa yang diperintahkan”.

Ayat diatas menggambarkan bahwa dakwah dan pendidikan harus bermula dari rumah. Ayat di atas, walau secara redaksional tertuju kepada kaum pria (ayah), itu bukan berarti hanya tertuju kepada mereka. Ayat ini tertuju kepada perempuan dan lelaki (Ibu dan Ayah) sebagaimana ayat-ayat yang serupa (misalnya ayat yang memerintahkan berpuasa) yang juga tertuju kepada lelaki dan perempuan. Ini berarti kedua orangtua bertanggungjawab terhadap anak-anak dan juga pasangan masing-masing sebagaimana masing-masing bertanggung jawab atas kelakuannya. Ayah atau Ibu sendiri tidak cukup untuk menciptakan satu rumah tangga yang diliputi oleh nilai-nilai agama serta dinaungi oleh hubungan yang harmonis (Shihab 2009d)

2. Nelayan

Menurut Undang-undang nomor 7 tahun 2016 pasal 1 ayat 3 tentang perlindungan dan pemberdayaan nelayan, pembudi daya ikan dan petambak garam, nelayan adalah setiap orang yang mata pencahariannya melakukan penangkapan ikan.

Nelayan adalah suatu kelompok masyarakat yang kehidupannya tergantung langsung pada hasil laut, baik dengan cara melakukan penangkapan ataupun budidaya. Mereka pada umumnya tinggal di pinggir pantai, sebuah lingkungan pemukiman yang dekat dengan lokasi kegiatannya (Imron 2003).

Beberapa literatur menyebutkan bahwa nelayan merupakan suatu kelompok masyarakat yang tergolong miskin (Mubyarto, 1984; Imron, 2001; Masyhuri, 1999;Kusnadi,2002). Bahkan menurut Retno dan Santiasih (1993:137), jika dibandingkan dengan kelompok masyarakat lain di sektor pertanian, nelayan (terutama buruh nelayan dan nelayan tradisional) dapat digolongkan sebagai lapisan sosial yang paling miskin, walaupun tidak dapat dikatakan semua nelayan itu miskin (Imron 2003).

Menurut Undang-undang nomor 7 tahun 2016 tentang perlindungan dan pemberdayaan nelayan, pembudi daya ikan dan petambak garam, nelayan terbagi atas 4 jenis yaitu :

a. Nelayan kecil

Nelayan kecil adalah nelayan yang melakukan penangkapan ikan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, baik yang tidak menggunakan kapal penangkap ikan maupun yang menggunakan kapal penangkap ikan berukuran paling besar 10 (sepuluh) gros ton (GT).

b. Nelayan Tradisional

Nelayan tradisional adalah nelayan yang melakukan penangkapan ikan diperairan yang merupakan hak perikanan tradisional yang telah dimanfaatkan secara turun-temurun sesuai dengan budaya dan kearifan lokal.

c. Nelayan Buruh

Nelayan buruh adalah nelayan yang menyediakan tenaganya yang turut serta dalam usaha.

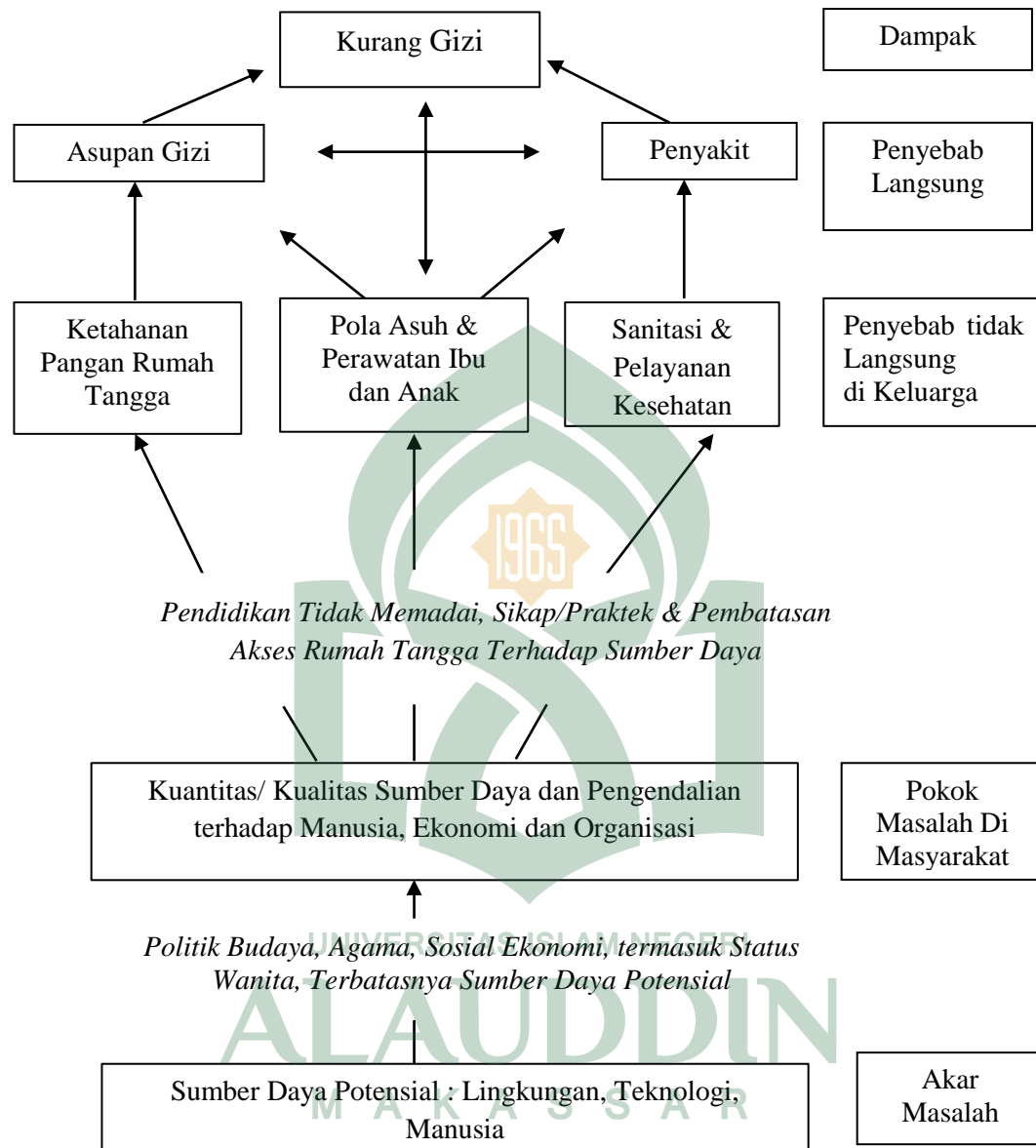
d. Nelayan pemilik

Nelayan pemilik adalah nelayan yang memiliki kapal penangkap ikan yang digunakan dalam usaha penangkapan ikan dan secara aktif melakukan penangkapan ikan.

Sebagaimana diketahui, nelayan bukanlah suatu entitas tunggal. Mereka terdiri dari beberapa kelompok, yang dilihat dari segi pemilikan alat tangkap dapat dibedakan menjadi tiga kelompok, yaitu nelayan buruh, nelayan juragan, dan nelayan perorangan. Nelayan buruh adalah nelayan yang bekerja dengan alat tangkap milik orang lain. Sebaliknya nelayan juragan adalah nelayan memiliki alat tangkap yang dioperasikan oleh orang lain. Adapun nelayan perorangan adalah nelayan yang memiliki peralatan tangkap sendiri, dan dalam pengoperasiannya tidak melibatkan orang lain (Imron 2003). Dari ketiga jenis nelayan tersebut, pada umumnya nelayan juragan tidak miskin. Kemiskinan cenderung dialami oleh nelayan perorangan dan buruh nelayan. Oleh karena kedua jenis kelompok nelayan itu jumlahnya mayoritas, maka citra tentang kemiskinan melekat pada kehidupan nelayan (Imron 2003).

Citra kemiskinan nelayan itu sesungguhnya suatu ironi, mengingat Indonesia memiliki wilayah laut yang sangat luas, lebih luas daripada wilayah darat. Di dalam wilayah laut juga terdapat sebagai sumberdaya yang memiliki potensi ekonomi tinggi, yang semestinya dapat dimanfaatkan untuk menjamin kesejahteraan hidup nelayan dan keluarganya (Imron 2003).

J. Kerangka Teori



Gambar 2 : Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita
 Sumber : UNICEF (1998), Soekirman (2000), A. Kartini (2009)

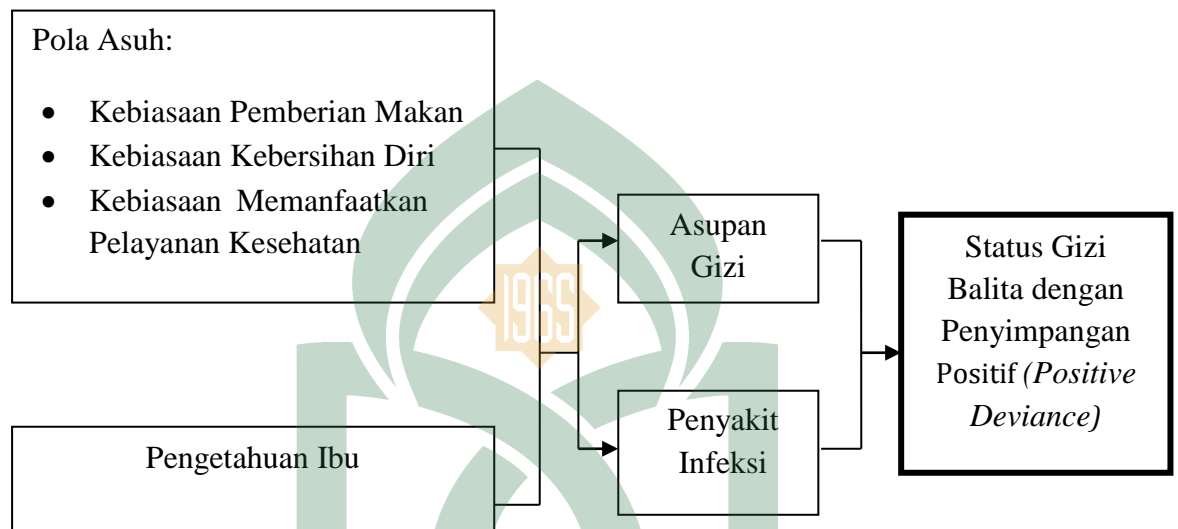
K. Kerangka Konsep

Pengetahuan Ibu tentang kesehatan dan gizi penting peranannya dalam menentukan asupan makanan, tingkat pengetahuan gizi Ibu berpengaruh terhadap perilaku dalam memilih makanan yang akan berdampak pada asupan gizi balitanya, dan pengetahuan Ibu berpengaruh terhadap pola asuh anak balita. Peranan pola asuh terhadap anak sangat penting untuk menunjang pertumbuhan anak, sehingga dengan dasar pertimbangan tersebut maka pola asuh anak yang terdiri dari kebiasaan pemberian makan, kebiasaan pengasuhan, kebiasaan kebersihan diri, dan kebiasaan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang pada akhirnya akan menentukan status gizi balita tersebut.

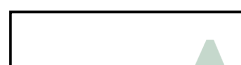
Status gizi balita merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor diantaranya pola asuh, pengetahuan Ibu dan asupan gizi. Asupan gizi yang baik ditunjang dengan pola pengasuhan yang baik dan pengetahuan Ibu yang baik akan menghasilkan status gizi yang baik meskipun anak tersebut berasal dari keluarga miskin atau yang dikenal dengan penyimpangan positif (*positive deviance*). Sedangkan sanitasi dan pelayanan kesehatan secara tidak langsung berpengaruh terhadap status gizi, namun jika sanitasi lingkungan tidak memadai dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit pada anak seperti penyakit infeksi.

Berdasarkan kerangka teori dari Unicef, maka kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut :

Kerangka konsep penelitian dalam uraian suatu hubungan antara konsep satu terhadap konsep lainnya atau variabel satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo 2010).



Keterangan :



: Variabel Independen



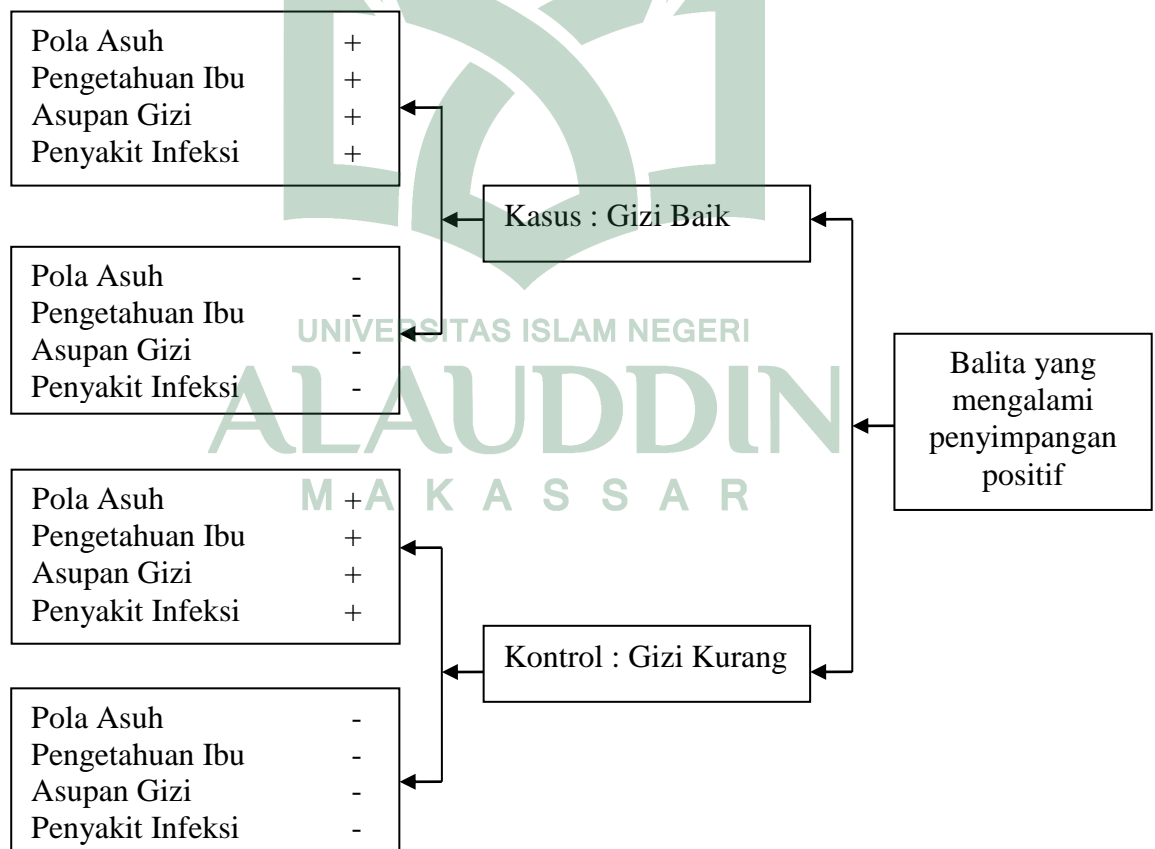
: Variabel Dependen

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Lokasi Penelitian

1. Jenis penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan rancangan *case control study* yaitu suatu penelitian (*survey*) analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective*. Dengan kata lain, efek (penyakit atau status kesehatan) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor risiko diidentifikasi ada atau terjadinya pada waktu lalu (Notoatmodjo 2010).



Gambar 3. Desain Penelitian *Case Control*

2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017.

B. *Populasi dan Sampel Penelitian*

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua balita dari keluarga nelayan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar.

2. Sampel

Besar sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus pengambilan sampel analitis kategorik berpasangan berdasarkan *odds ratio* menggunakan rumus Sopiudin (Dahlan 2013) yaitu :

$$n1 = n2 = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2}{(P1 - P2)^2} \pi$$

Keterangan :

$Z\alpha$ = Kesalahan Tipe I 0,05 (1,96)

$Z\beta$ = Kesalahan Tipe II 0,84

$P1-P2$ = Perbedaan proporsi pajanan yang dianggap bermakna antara kasus dan kontrol.

$P2$ = Proporsi pajanan pada kelompok kontrol 50 atau 0,50

π = Besarnya diskordan atau ketidaksesuaian 0,5

OR = 7,43 diambil dari penelitian terdahulu (Hapitria et al. 2011) sehingga di dapat nilai $P1$:

$$OR = \frac{P1 (1 - P2)}{P2 (P1 - P1)}$$

$$7,43 = \frac{P1 (1 - 0,5)}{0,5 (P1 - P1)}$$

$$7,43 (0,5 - 0,5 P1) = 0,5 P1$$

$$3,715 - 3,715 P1 = 0,5 P1$$

$$3,715 = 0,5 P1 + 3,715 P1$$

$$P1 = \frac{3,715}{4,215}$$

$$= 0,88$$

$$P1 - P2 = 0,88 - 0,5$$

$$= 0,38$$

$$n1 = n2 = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2}{(P1 - P2)^2} \pi$$

$$= \frac{(1,96 + 0,84)^2}{(0,38)^2} 0,5$$

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN

MAKASSAR

$$= \frac{7,84}{0,1444} 0,5$$

$$= 27 \approx 35$$

Berdasarkan rumus tersebut, maka jumlah sampel yang diperoleh sebesar 35 Responden.

a. Sampel Kasus

Kasus adalah balita usia 12-36 bulan dengan status gizi baik dari keluarga nelayan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang dan memenuhi kriteria sampel yang meliputi :

1) Kriteria Inklusi Sampel

- a. Status Gizi Baik
- b. Berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar

2) Kriteria Eksklusi Sampel

- 1) Status Gizi Kurang dan Buruk
- 2) Anak menderita sakit berat dan cacat mental

b. Sampel Kontrol

Sampel kontrol adalah balita usia 12-36 bulan dengan status gizi kurang dari keluarga nelayan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang sebanyak 35 responden. Kelompok kontrol diambil dari tetangga kelompok kasus yang memenuhi syarat untuk menjadi sampel kontrol, hal ini untuk memudahkan peneliti dalam pengumpulan data dan jika mengambil banyak faktor harus disamakan dapat menyebabkan kesulitan untuk mendapat kontrol. Jumlah total sampel adalah jumlah sampel kasus ditambah jumlah sampel kontrol dengan menggunakan 1:1 dengan *matching* umur sehingga jumlah sampel keseluruhan adalah 70.

3. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam pengambilan sampel pada penelitian ini adalah sistem *nonprobability sampling*, yaitu menggunakan *purposive sampling*. Artinya pengambilan sampel secara *purposive* didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan

ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo 2010).

C. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara :

1. Data Primer

Pengumpulan data dilakukan langsung oleh peneliti dengan cara membagikan kuesioner kepada responden (Ibu/pengasuh balita) dimana sebelum pengisian kuesioner, terlebih dahulu responden mendapatkan penjelasan tentang tujuan penelitian dan cara pengisian kuesioner oleh peneliti. Data primer meliputi kebiasaan pemberian makan, kebiasaan pengasuhan, kebiasaan kebersihan diri, kebiasaan pemanfaatan pelayanan kesehatan, penyakit infeksi serta pengetahuan kesehatan dan gizi Ibu. Sedangkan asupan gizi balita untuk mengetahui asupan energi dan protein dikumpulkan dengan metode *food recall* 24 jam yang dilakukan sebanyak dua kali dan metode *food frekuensi questionnaire* (FFQ) untuk mengetahui frekuensi makan makanan protein nabati dan protein hewani.

2. Data sekunder

Data sekunder meliputi gambaran umum Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar, status gizi balita dari keluarga nelayan ditiap posyandu di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang pada bulan Juni tahun 2016. Data sekunder juga diperoleh dari Dinas Kesehatan dan BPS Kabupaten Polewali Mandar serta Data Riskesdas tahun 2007,2010 dan 2013.

G. Instrument Penelitian

Instrument atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Timbangan Berat Badan

Alat yang digunakan untuk mengukur berat badan adalah timbangan injak digital dengan tingkat ketelitian 0,01 Kg.

2. Formulir *Food Recall* 24 jam

Untuk mengetahui jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu.

3. Formulir *Food Frekuensi Questionnaire* (FFQ)

Untuk mengetahui frekuensi makan makanan protein nabati dan hewani pada periode sehari, perminggu hingga perbulan.

4. Kuesioner

Kuesioner berisi beberapa pertanyaan untuk mengukur penyimpangan positif (*Positive Deviance*) dalam hal ini pola asuh yang meliputi kebiasaan pemberian makan, kebersihan diri, kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pengetahuan Ibu, serta riwayat penyakit infeksi yang diderita oleh balita.

5. Buku Foto Makanan

Buku foto makanan digunakan untuk memperkirakan ukuran makanan pada saat wawancara.

H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Teknik Pengolahan Data

a. Editing

Mengecek seluruh kelengkapan pengisian kuesioner. Dalam melakukan editing ada beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu sebagai berikut:

1) Memeriksa kelengkapan data

Memeriksa kelengkapan data bertujuan untuk mengoreksi setiap pertanyaan jika ditemukan bagian-bagian yang tidak ada datanya.

2) Memeriksa Kesindekungan

Hal ini bertujuan untuk melihat apakah ada data berkesinambungan atau tidak, dalam arti tidak ditemukan atau keterangan yang bertentangan antara satu dan lainnya.

3) Memeriksa Keseragaman Data

Memeriksa keseragaman data bertujuan untuk melihat ukuran yang dipergunakan dalam mengumpulkan data telah seragam atau tidak.

b. Coding

Coding adalah cara memudahkan pengolahan data, semua jawaban atau data-data disederhanakan dengan cara memberikan simbol-simbol yang mudah untuk dimengerti, sehingga memudahkan dalam analisis data dan pada saat entry data

c. Cleaning Data

Cleaning data adalah memastikan bahwa seluruh data yang telah dimasukkan kedalam program sudah sesuai dengan yang sebenarnya.

d. Tabulasi

Untuk mempermudah pengolahan dan analisa data serta pengambilan kesimpulan maka data di tabulating dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Tabulasi data dilakukan dengan beberapa cara yaitu :

- 1) Menyusun data yang tersedia menurut urutannya, seperti dari variabel yang bernilai kecil ke variabel yang bernilai besar.
- 2) Mengelompokkan dan menghitung jumlah masing-masing variabel.
- 3) Memindahkan variabel yang telah dikelompokkan tersebut kedalam tabel yang telah dipersiapkan.

2. Analisis Data

Data di analisis dengan menggunakan program komputerisasi yaitu *Statistical Package for Social Science* (SPSS) Versi 20 dan *Nutrisurvey* 2007 dan *Child Growth Standard WHO Antro* 2005. *Nutrisurvey* merupakan piranti lunak yang dibuat oleh Jwergen Ernhard dkk., digunakan untuk mengolah data hasil *recall* dimana dapat diketahui asupan berbagai zat gizi setiap sampel. *Child*

Growth Standard WHO Antro 2005 digunakan untuk mengolah data hasil pengukuran antropometri sehingga dapat diketahui status gizi setiap anak balita. Analisis data meliputi analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan atau mendiskripsikan karakteristik tiap-tiap variabel yang diteliti baik variabel independen maupun variabel dependen dengan menyusun tabel frekuensi untuk masing-masing variabel.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah pola asuh berdasarkan kebiasaan pemberian makan, kebiasaan kebersihan diri dan kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan, pengetahuan Ibu, asupan gizi serta riwayat penyakit infeksi. Variabel dependen adalah status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif. Pada tahap ini dilakukan analisis statistik dengan menggunakan uji *McNemar*, karena kedua variabel bersifat kategorik berpasangan. Dengan nilai total bermakna ($p \leq 0,05$).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar. Pengumpulan data dilakukan sejak tanggal 6 Januari sampai dengan 5 Februari 2017 dengan jumlah sampel sebanyak 70 responden. Adapun hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut :

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

1) Distribusi Balita Berdasarkan Umur

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusi balita berdasarkan umur yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.1
Distribusi Balita Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja
Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa
Kabupaten Polewali Mandar
Tahun 2017

Umur (Bulan)	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
12-24	12	34,3	12	34,3	24	34,2
25-36	23	65,7	23	65,7	46	65,8
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar umur balita pada kelompok kasus dan kontrol berumur 25-36 bulan yaitu masing-masing 23 orang (65,7%) sedangkan yang paling sedikit berumur 12-24 masing-masing yaitu 12 orang (34,3%).

2) Distribusi Balita Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusi balita berdasarkan jenis kelamin yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.2
Distribusi Balita Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja
Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa
Kabupaten Polewali Mandar
Tahun 2017

Jenis Kelamin	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	N	%
Laki-laki	16	45,7	21	60	37	52,9
Perempuan	19	54,3	14	40	33	47,1
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar balita kelompok kasus berjenis kelamin perempuan yaitu 19 orang (54,3%) dan balita berjenis kelamin laki-laki yaitu 16 (45,7%) sedangkan balita pada kelompok kontrol sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu 21 orang (60%) dan balita berjenis kelamin perempuan yaitu 14 (40%).

3) Distribusi Balita Berdasarkan Pendidikan Ibu

Tabel 4.3
Distribusi Balita Berdasarkan Pendidikan Ibu di Wilayah Kerja
Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa
Kabupaten Polewali Mandar
Tahun 2017

Pendidikan Ibu	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tidak Sekolah	1	2,9	1	2,9	2	3
Tidak Lulus SD	10	28,6	5	14,3	15	21,4
SD/Sederajat	10	28,6	17	48,6	27	38,4
SMP/Sederajat	4	11,4	6	17,1	10	14,2
SMA/Sederajat	8	22,9	6	17,1	14	20
Diploma	2	5,7	0	0	2	3
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok kasus adalah tamat SD/ sederajat dan tidak lulus SD yaitu masing-masing 10 orang (28,6%) demikian juga pada kelompok kontrol, sebagian besar adalah SD/ sederajat yaitu 17 orang (48,6%). Balita kelompok kasus lebih banyak memiliki Ibu dengan tingkat pendidikan SMA/ Sederajat yaitu sebanyak 8 orang (22,9%) dan hanya 6 orang (17,1%) Ibu balita kelompok kontrol dengan tingkat pendidikan SMA/ Sederajat. Sedangkan untuk tingkat pendidikan Diploma, tidak ada Ibu dari balita kelompok kontrol dengan tingkat pendidikan tersebut dan hanya dari Ibu balita kelompok kasus saja yaitu sebanyak 2 orang (5,7%) dengan tingkat pendidikan Diploma.

4) Distribusi Balita Berdasarkan Umur Ibu

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusi balita berdasarkan umur Ibu yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.4
Distribusi Balita Berdasarkan Umur Ibu di Wilayah Kerja
Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa
Kabupaten Polewali Mandar
Tahun 2017

Umur (Tahun)	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
21-25	9	25,7	19	54,3	28	40
26-30	10	28,6	6	17,1	16	23
31-35	9	25,7	3	8,6	12	17,1
36-40	5	14,3	3	8,6	8	11,4
41-45	1	2,9	4	11,4	5	7,1
46-50	0	0	0	0	0	0
51-55	1	2,9	0	0	1	1,4
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden Ibu balita pada kelompok kasus berumur antara 26-30 tahun yaitu 10 orang (28,6%) sedangkan pada Ibu balita kelompok kontrol sebagian besar berumur antara 21-25

yaitu 19 orang (54,3%). Sedangkan yang paling sedikit berumur 41-45 dan 51-55 yaitu masing-masing 1 orang (2,9%) pada kelompok kasus.

b. Pola Asuh

Tabel 4.5
Distribusi Balita Berdasarkan Pola Asuh
di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Pola Asuh	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	25	71,4	8	22,9	33	47,1
Kurang	10	28,6	27	77,1	37	52,9
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa sebagian besar pola asuh kategori baik terdapat pada kelompok kasus yaitu 25 (71,4%) dan balita kelompok kontrol hanya 8 (22,9%). Balita kelompok kasus dengan kebiasaan pola asuh kurang yaitu 10 (28,6%) sedangkan sebagian besar pola asuh kategori kurang pada kelompok kontrol yaitu 27 (77,1%).

c. Kebiasaan Pemberian Makan

Tabel 4.6
Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Pemberian
Makan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Kebiasaan Pemberian Makan	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	31	88,6	23	65,7	54	77,1
Kurang	4	11,4	12	34,3	16	22,9
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa sebagian besar kebiasaan pemberian makan baik terdapat pada balita kelompok kasus yaitu 31 (88,6%) dan balita kelompok kontrol 23 (65,7%). Balita kelompok kasus dengan kebiasaan pemberian makan kurang yaitu 4 (11,4%) sedangkan pada kelompok kontrol yaitu 12 (34,3%).

d. Kebiasaan Kebersihan Diri

Tabel 4.7
Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Kebersihan
Diri di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Kebiasaan Kebersihan Diri	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	27	77,1	11	31,4	38	54,2
Kurang	8	22,9	24	68,6	32	45,8
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa sebagian besar kebiasaan kebersihan diri yang baik terdapat pada kelompok kasus yaitu 27 (77,1%) dan kelompok kontrol hanya 11 (31,4%). Sedangkan kebiasaan kebersihan diri kurang sebagian besar terdapat pada kelompok kontrol yaitu 24 (68,6%) dan kelompok kasus hanya 8 (22,9%).

e. Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan

Tabel 4.8
Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan
Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Kebiasaan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	35	100	35	100	70	100
Kurang	0	0	0	0	0	0
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa baik kelompok kasus dan kelompok kontrol memiliki kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori baik yaitu 70 (100%).

f. Pengetahuan Ibu

Tabel 4.9
Distribusi Balita Berdasarkan Pengetahuan Ibu
di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Pengetahuan Ibu	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	31	88,6	16	45,7	47	67,1
Kurang	4	11,4	19	54,3	23	32,9
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa sebagian besar pengetahuan Ibu kategori baik terdapat pada kelompok kasus yaitu 31 (88,6%) dan hanya 4 (11,4%) pengetahuan Ibu kurang. Sedangkan pada kelompok kontrol dengan pengetahuan gizi pada kategori baik yaitu 16 (45,7%) dan 19 (54,3%) kategori kurang.

g. Asupan Gizi

1) Asupan Energi

Tabel 4.10
Distribusi Balita Berdasarkan Asupan Energi
di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Asupan Energi	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cukup	29	82,9	17	48,6	46	65,8
Kurang	6	17,1	18	51,4	24	34,2
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan bahwa sebagian besar asupan energi cukup terdapat pada kelompok kasus yaitu 29 (82,9%) dan hanya 6 (17,1%) asupan energi kurang. Sedangkan pada kelompok kontrol dengan asupan energi kurang yaitu 18 (51,4%) dan 17 (48,6%) asupan energi cukup.

2) Asupan Protein

Tabel 4.11
Distribusi Balita Berdasarkan Asupan Protein
di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Asupan Protein	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cukup	31	88,6	18	51,4	49	70
Kurang	4	11,4	17	48,6	21	30
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.11 menunjukkan bahwa sebagian besar asupan protein dengan kategori cukup terdapat pada kelompok kasus yaitu 31 (88,6%) dan hanya 4 (11,4%) asupan protein kurang. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 18 (51,4%) asupan protein cukup dan 17 (48,6%) asupan protein kurang.

h. Riwayat Penyakit Infeksi

Tabel 4.12
Distribusi Balita Berdasarkan Riwayat Penyakit Infeksi
di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Riwayat Penyakit Infeksi	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ya	7	20,0	21	60,0	28	40
Tidak	28	80,0	14	40,0	42	60
Total	35	100	35	100	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan bahwa sebagian besar pada kelompok kasus tidak memiliki riwayat penyakit infeksi (diare) yaitu 28 (80%) dan hanya 7 (20%) memiliki riwayat penyakit infeksi (diare). Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar memiliki riwayat penyakit infeksi (diare) yaitu 21 (60%) dan 14 (40%) tidak memiliki riwayat penyakit infeksi (diare).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel independen yang diteliti meliputi pola asuh berdasarkan kebiasaan pemberian makan, kebiasaan kebersihan diri dan kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan, pengetahuan Ibu, asupan energi, asupan protein, riwayat penyakit infeksi dengan variabel dependen yaitu status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*Positive Deviance*) yang diuraikan pada tabel berikut :

- a. Hubungan Pola Asuh dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) pada Keluarga Nelayan.

Tabel 4.13
Hubungan Pola Asuh dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif Pada Keluarga Nelayan
Diwilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar
Tahun 2017

Pola Asuh	Kasus		Kontrol		Nilai <i>p</i>	OR	95% CI
	n	(%)	n	(%)			
Baik	25	71,4	8	22,9	0,000	3,500	0,372-32,971
Kurang	10	28,6	27	77,1			
Total	35	100	35	100			

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.13 menunjukkan bahwa sebagian besar pola asuh kategori baik terdapat pada kelompok kasus yaitu 25 (71,4%) dan balita kelompok kontrol hanya 8 (22,9%). Balita kelompok kasus dengan kebiasaan pola asuh kurang yaitu 10 (28,6%) sedangkan sebagian besar pola asuh kategori kurang pada kelompok kontrol yaitu 27 (77,1%).

Hasil analisis untuk melihat hubungan pola asuh dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dengan menggunakan uji *McNemar*, diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dan nilai odd rasio 3,5 ($OR > 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pola asuh dengan status gizi balita yang mengalami

penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dan nilai odd ratio menunjukkan bahwa pola asuh yang baik pada balita mempunyai peluang 3,5 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki pola asuh kurang.

- b. Hubungan Kebiasaan Pemberian Makan dengan Status Gizi yang Mengalami Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) pada Keluarga Nelayan.

Tabel 4.14
Hubungan Pola Asuh Berdasarkan Kebiasaan Pemberian Makan dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif Pada Keluarga Nelayan Diwilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Kebiasaan pemberian Makan	Kasus		Kontrol		Nilai <i>p</i>	OR	95% CI
	n	(%)	n	(%)			
Baik	31	88,6	23	65,7	0,021	7,333	0,670-80,22
Kurang	4	11,4	12	34,3			
Total	35	100	35	100			

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.14 menunjukkan bahwa sebagian besar kebiasaan pemberian makan kategori baik terdapat pada kelompok kasus yaitu 31 (88,6%) dan kelompok kontrol 23 (65,7%). Kelompok kasus dengan kebiasaan pemberian makan kurang yaitu 4 (11,4%) sedangkan pada kelompok kontrol yaitu 12 (34,3%).

Hasil analisis untuk melihat hubungan kebiasaan pemberian makan dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dengan menggunakan uji *McNemar*, diperoleh nilai $p = 0,021$ ($p < 0,05$) dan nilai odd ratio 7,333 ($OR > 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan pemberian makan dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dan nilai odd ratio menunjukkan bahwa kebiasaan pemberian

makan yang baik pada balita mempunyai peluang 7,3 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki kebiasaan pemberian makan yang kurang.

c. Hubungan Kebiasaan Kebersihan Diri dengan Status Gizi yang Mengalami Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) pada Keluarga Nelayan.

Tabel 4.15

Hubungan Pola Asuh Berdasarkan Kebiasaan Kebersihan Diri dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif Pada Keluarga Nelayan Diwilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Kebiasaan Kebersihan Diri	Kasus		Kontrol		Nilai <i>p</i>	OR	95% CI
	n	(%)	n	(%)			
Baik	27	77,1	11	31,4	0,000	1,500	0,251-8,977
Kurang	8	22,9	24	68,6			
Total	35	100	35	100			

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.15 menunjukkan bahwa sebagian besar kebiasaan kebersihan diri yang baik terdapat pada kelompok kasus yaitu 27 (77,1%) dan kelompok kontrol hanya 11 (31,4%). Sedangkan kebiasaan kebersihan diri kurang sebagian besar terdapat pada kelompok kontrol yaitu sejumlah 24 (68,6%) dan kelompok kasus hanya 8 (22,9%).

Hasil analisis untuk melihat hubungan kebiasaan kebersihan diri dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dengan menggunakan uji *McNemar*, diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dan nilai odd ratio 1,500 ($OR > 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan kebersihan diri dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dan nilai odd ratio menunjukkan bahwa kebiasaan kebersihan diri yang baik pada balita mempunyai

peluang 1,5 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki kebiasaan kebersihan diri kurang.

- d. Hubungan Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi yang Mengalami Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) pada Keluarga Nelayan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa baik kelompok kasus dan kelompok kontrol memiliki kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori baik yaitu 70 (100%). Kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan status gizi yang mengalami penyimpangan positif tidak memiliki hubungan bermakna.

- e. Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Status Gizi yang Mengalami Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) pada Keluarga Nelayan.

Tabel 4.16

Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif pada Keluarga Nelayan Diwilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017

Pengetahuan Ibu	Kasus		Kontrol		Nilai <i>p</i>	OR	95% CI
	n	(%)	n	(%)			
Baik	31	88,6	16	45,7	0,001	0,824	0,103-6,616
Kurang	4	11,4	19	54,3			
Total	35	100	35	100			

Sumber: Data Primer, 201

Berdasarkan tabel 4.16 menunjukkan bahwa sebagian besar pengetahuan Ibu kategori baik terdapat pada kelompok kasus yaitu 31 (88,6%) dan hanya 4 (11,4%) pengetahuan Ibu kurang. Sedangkan pada kelompok kontrol dengan pengetahuan Ibu pada kategori baik yaitu 16 (45,7%) dan 19 (54,3%) kategori kurang.

Hasil analisis untuk melihat hubungan pengetahuan Ibu dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dengan menggunakan uji *McNemar*, diperoleh nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) dan nilai odd rasio 0,824 ($OR < 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan gizi Ibu dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dan nilai odd rasio menunjukkan bahwa pengetahuan Ibu yang baik mempunyai peluang 0,8 kali memiliki balita penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada Ibu yang memiliki pengetahuan kurang.

f. Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi yang Mengalami Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) pada Keluarga Nelayan.

Tabel 4.17
Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi Balita yang Mengalami Penyimpangan Positif pada Keluarga Nelayan
Diwilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar
Tahun 2017

Asupan Energi	Kasus		Kontrol		Nilai p	OR	95% CI
	n	(%)	n	(%)			
Cukup	29	82,9	17	48,6	0,012	0,406	0,064-2,580
Kurang	6	17,1	18	51,4			
Total	35	100	35	100			

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.17 menunjukkan bahwa sebagian besar asupan energi cukup terdapat pada kelompok kasus yaitu 29 (82,9%) dan hanya 6 (17,1%) asupan energi kurang. Sedangkan pada kelompok kontrol dengan asupan energi kurang yaitu 18 (51,4%) dan 17 (48,6%) asupan energi cukup.

Hasil analisis untuk melihat hubungan asupan energi dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dengan menggunakan uji *McNemar*, diperoleh nilai $p = 0,012$ ($p < 0,05$) dan nilai odd rasio

0,406 ($OR < 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara asupan energi dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dan nilai odd ratio menunjukkan bahwa asupan energi yang cukup pada balita mempunyai peluang 0,4 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki asupan energi kurang.

- g. Hubungan Asupan Protein dengan Status Gizi anak Usia 12-36 Bulan yang Mengalami Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) pada Keluarga Nelayan.

Tabel 4.18
Hubungan Asupan Protein dengan Status Gizi Balita yang Mengalami
Penyimpangan positif pada Keluarga Nelayan
Diwilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar
Tahun 2017

Asupan Protein	Kasus		Kontrol		Nilai p	OR	95% CI
	n	(%)	n	(%)			
Cukup	31	88,6	18	51,4	0,001	3,643	0,340-39,014
Kurang	4	11,4	17	48,6			
Total	35	100	35	100			

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.18 menunjukkan bahwa sebagian besar asupan protein dengan kategori cukup terdapat pada kelompok kasus yaitu 31 (88,6%) dan hanya 4 (11,4%) asupan energi kurang. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 18 (51,4%) asupan protein cukup dan 17 (48,6%) asupan protein kurang.

Hasil analisis untuk melihat hubungan asupan protein dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dengan menggunakan uji *McNemar*, diperoleh nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) dan nilai odd ratio 3,643 ($OR > 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara asupan protein dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan

positif pada keluarga nelayan dan nilai odd rasio menunjukkan bahwa asupan protein yang cukup pada balita mempunyai peluang 3,6 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki asupan protein kurang.

- h. Hubungan Riwayat Penyakit Infeksi dengan Status Gizi Anak Usia 12-36 Bulan yang Mengalami Penyimpangan Positif (*positive deviance*) Pada Keluarga Nelayan.

Tabel 4.19
Hubungan Riwayat Penyakit Infeksi dengan Status Gizi Balita
yang Mengalami Penyimpangan Positif pada Keluarga
Nelayan Diwilayah Kerja Puskesmas Pambusuang
Kabupaten Polewali Mandar
Tahun 2017

Riwayat Penyakit Infeksi	Kasus		Kontrol		Nilai <i>p</i>	OR	95% CI
	n	(%)	n	(%)			
Ya	7	20,0	21	60,0	0,007	0,189	0,031-1,171
Tidak	28	80,0	14	40,0			
Total	35	100	35	100			

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.19 menunjukkan bahwa sebagian besar pada kelompok kasus tidak memiliki riwayat penyakit infeksi (diare) yaitu 28 (80%) dan hanya 7 (20%) memiliki riwayat penyakit infeksi (diare). Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar memiliki riwayat penyakit infeksi (diare) yaitu 21 (60%) dan 14 (40%) tidak memiliki riwayat penyakit infeksi (diare).

Hasil analisis untuk melihat hubungan riwayat penyakit infeksi dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dengan menggunakan uji *McNemar*, diperoleh nilai $p = 0,007$ ($p < 0,05$) dan nilai odd rasio 0,189 ($OR < 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara riwayat penyakit infeksi dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dan nilai odd rasio

menunjukkan bahwa balita yang tidak memiliki riwayat penyakit infeksi mempunyai peluang 0,18 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki riwayat penyakit infeksi.

B. Pembahasan

Untuk mengetahui lebih lanjut hasil penelitian yang diperoleh setelah dilakukan pengolahan, penyajian data, maka akan dibahas sesuai dengan variabel yang diteliti sebagai berikut :

1. Pola Asuh

Pola asuh balita adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental dan sosial yang mana pola pengasuhan anak yaitu cara memberikan makan, kebersihan dan kasih sayang. Pola asuh anak merupakan sikap dan perilaku Ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatan dengan anak, memberikan makan, perawatan serta menjaga kebersihan (Khomsan 2002).

Berdasarkan tabel 4.11 menunjukkan bahwa sebagian besar pola asuh kategori baik terdapat pada kelompok kasus yaitu 25 (71,4%) sedangkan sebagian besar pola asuh kategori kurang pada kelompok kontrol yaitu 27 (77,1%). Menurut Sunarti *dalam* (Syukriawati 2011) pola asuh berhubungan dengan keadaan Ibu, status gizi, pendidikan, penghasilan, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik.

Hasil analisis untuk melihat hubungan pola asuh dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dengan menggunakan uji *McNemar*, diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dan nilai odd rasio 3,5 ($OR > 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang

bermakna antara pola asuh dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dan nilai odd ratio menunjukkan bahwa pola asuh yang baik pada balita mempunyai peluang 3,5 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki pola asuh kurang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Rapar et al. 2014) menunjukkan bahwa ada hubungan pola asuh dengan status gizi balita dengan nilai $p=0,001 < 0,05$ diwilayah kerja Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado. Penelitian ini juga didukung dengan hasil penelitian (Munawaroh 2015) bahwa ada hubungan pola asuh dengan status gizi balita dengan nilai $p\text{ value} = 0,012$.

2. Kebiasaan Pemberian Makan

Kebiasaan dalam memberikan makanan bayi atau balita mempengaruhi pertumbuhan dan status gizi anak (Dahlia 2012). Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 70 balita pada keluarga nelayan diwilayah kerja Puskesmas Pambusuang terdapat 54 (77,1%) memiliki kebiasaan pemberian makan baik, terdiri 31 (88,6%) kelompok kasus dan 23 (65,7%) kelompok kontrol. Kebiasaan pemberian makan baik sebagian besar pada kelompok kasus. Hal ini disebabkan karena pendidikan Ibu. Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa kelompok kasus lebih banyak memiliki Ibu dengan tingkat pendidikan SMA/Sederajat yaitu sebanyak 8 orang (22,9%) dan sebanyak 2 orang (5,7%) Ibu kelompok kasus dengan tingkat pendidikan Diploma.

Menurut (Widyatun 2004) pendidikan dapat mempengaruhi proses belajar seseorang, semakin tinggi pendidikan seseorang akan mudah dalam menerima informasi yang ada. Semakin banyak informasi yang masuk maka semakin

banyak pengetahuan yang didapat termasuk informasi mengenai kesehatan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan seseorang tersebut akan semakin tinggi. Pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi perilaku Ibu dalam pemberian makan pada anak. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi, diharapkan mempunyai daya terima yang lebih baik terhadap ilmu yang diterima sehingga diharapkan dapat dipraktikkan pada keluarga.

Ibu merupakan tombak utama dalam penentuan makanan dan keluarga. Temuan ini sesuai dengan hasil penelitian (Mapandin 2006) yang menunjukkan bahwa ada hubungan kuat antara pendidikan Ibu dengan kebiasaan makan rumah tangga ($p = 0,000$; $C=0,430$). Semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin baik pula kebiasaan makan sehingga pada akhirnya berpengaruh terhadap konsumsi makanan.

Kebiasaan pemberian makan kategori baik juga sebagian besar ditemukan pada kontrol yaitu 23 (65,7%). Walaupun ditemukan kebiasaan pemberian makan kategori baik pada kontrol tetapi pada kelompok kontrol juga ditemukan sebagian besar memiliki riwayat penyakit infeksi. Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan bahwa sebagian besar pada kelompok kontrol memiliki riwayat penyakit infeksi (diare) yaitu 21 (60%). Penyakit infeksi mempunyai peranan yang kuat terhadap terjadinya gizi kurang pada balita.

Menurut teori (Moehdji, 2003), terjadinya penyakit infeksi akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat malnutrisi. Penyakit infeksi menyebabkan penyerapan zat gizi dari makanan juga terganggu, sehingga nafsu makan hilang dan mendorong terjadinya gizi kurang atau gizi buruk bahkan kematian (Lutviana & Budiono 2010).

Berdasarkan hasil wawancara dari 35 responden terdapat 14 (40%) Ibu kelompok kasus selalu memiliki kebiasaan pemberian makan untuk anak dilakukan secara teratur sesuai dengan jadwal makan. Sedangkan pada kontrol dari 35 responden hanya 1 (2,9%). Menurut (Santoso,2009) makan dapat dijadikan media untuk mendidik anak supaya anak dapat menerima, menyukai, memilih makanan dan menentukan jumlah makanan yang cukup dan bermutu, dengan demikian dapat dibina kebiasaan yang baik tentang waktu makan. Melalui cara pemberian makan yang teratur anak bisa makan pada waktu yang lazim dibiasakan. Kebiasaan itu dengan sendirinya akan membentuk pola makan pada balita. Menurut (Muttaqin n.d.) balita yang dibiasakan makan secara teratur, maka setiap tiba jam makan sudah terbentuk refleks makan pada anak yang dapat mengeluarkan air liur dan getah lambung yang sangat berguna bagi proses pencernaan yang sempurna. Keteraturan juga membuat perut anak lapar karena berselang 3-4 jam anak tidak makan apa-apa.

Temuan lain, berdasarkan hasil wawancara dari 35 responden terdapat 13 (37,1%) Ibu kelompok kasus selalu memuji dan mencium anak bila anak menghabiskan makanannya sebagai *reward*. Sedangkan Ibu pada kelompok kontrol ditemukan dari 35 responden hanya 6 (17,1%). Bentuk *reward* yang tepat dapat dilakukan pada anak dengan memberikan pujian, pelukan, ciuman pada anak jika anak menunjukkan perilaku baik (Muharyani 2015). Bentuk *reward* tersebut diatas akan mempengaruhi kondisi psikologis anak. Anak akan merasa bahwa makanan merupakan aktivitas yang menyenangkan. Lowe,et.al dalam (Muharyani 2015) menyampaikan bahwa *reward* dapat memberikan efek positif bagi perubahan perilaku termasuk perilaku dalam mengkonsumsi makanan. Hal senada juga diungkapkan oleh (Judarwanto 2004) bahwa orang tua yang selalu menunjukkan kasih sayangnya dengan memberikan pujian, ketika anak

mengonsumsi makanan sehat akan membuat anak berada dalam kondisi nyaman dan berimbas pada perkembangan perilaku makan yang baik.

Hasil wawancara juga didapatkan baik kelompok kasus maupun kelompok kontrol dari 70 responden terdapat 65 (92,8%) tidak pernah mencuci sayur sebelum dipotong-potong. Cara yang bijak adalah dengan mencuci terlebih dahulu kemudian dipotong-potong agar vitamin (terutama vitamin B dan C) yang terkandung dalam sayur tidak hilang.

Hasil analisis untuk melihat hubungan kebiasaan pemberian makan dengan status gizi yang mengalami penyimpangan positif menggunakan uji statistik *McNemar* diperoleh nilai $p = 0,021$ ($p < 0,05$) dan nilai odd ratio 7,333 pada CI 95% 0,670-80,22 ($OR > 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan pemberian makan dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) dan nilai odd ratio menunjukkan bahwa kebiasaan pemberian makan yang baik pada balita mempunyai peluang 7,3 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki kebiasaan pemberian makan kurang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Kartini 2009) dimana diperoleh hasil X^2 sebesar 11,013 pada tingkat confidence interval 95% ($\alpha = 5\%$) menunjukkan ada hubungan $p = 0,001$ ($p < 0,05$) antara praktek pemberian makan yang baik dengan status deviasi positif anak balita.

Penelitian ini juga didukung dengan hasil penelitian (Turnip 2008) menunjukkan adanya perbedaan antara status gizi tidak baik dengan status gizi baik ($p < 0,05$) dan $OR = 4,3$ pada CI 95% (1,271-14,777). Ini berarti bahwa anak usia 12-24 bulan yang status gizinya tidak baik mempunyai peluang 4,3 kali pada

keluarga yang kebiasaan pemberian makan tidak baik dibandingkan dengan keluarga yang kebiasaan pemberian makan baik.

3. Kebiasaan Kebersihan Diri

Kebersihan diri merupakan hal yang sangat penting karena lingkungan terkait dengan agen penyebab terjadinya penyakit, seperti diare dan demam berdarah (Dahlia 2012). Kebersihan diri yang menyangkut kebersihan tubuh, kebersihan makanan dan lingkungan berperan dalam pemeliharaan kesehatan anak serta mencegah penyakit infeksi yang pada gilirannya dapat mempengaruhi status gizi anak (Turnip 2008).

Berdasarkan hasil wawancara dari 35 responden pada kelompok kasus terdapat 18 (51,4%) selalu memiliki kebiasaan bila sedang bermain diluar rumah, anak memakai alas kaki sedangkan pada kelompok kontrol dari 35 responden hanya 7 (20%). Pemakaian alas kaki pada balita dapat mencegah terjadinya kecacingan. Dimana kejadian kecacingan dapat mempengaruhi status gizi pada balita. Penyakit infeksi merupakan penyebab langsung yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang. Menurut (Amaliah & Azriful 2016) kebiasaan menggunakan alas kaki juga merupakan variabel yang dapat mempengaruhi tingkat infeksi kecacingan, terutama pada anak-anak yang selalu kontak dengan tanah. Tanah merupakan media penyebaran baik telur maupun larva cacing. Tanah yang telah terkontaminasi dengan tinja yang mengandung telur ataupun larva cacing dapat menginfeksi manusia melalui kulit dengan cara penetrasi langsung akibat kontak antara kaki dengan tanah. Hal ini sering terjadi pada golongan cacing tambang. Infeksi cacing ini terjadi bila larva *fila-form* menembus kulit terutama kulit kaki. Hasil temuan ini didukung oleh penelitian (Putri 2009) bahwa ada hubungan antara kejadian kecacingan dengan pertumbuhan anak usia 24-59.

Kejadian kecacangan tidak menyebabkan kematian, namun gangguan yang ditimbulkan lebih kepada penurunan kesehatan tubuh. Anak yang menderita kecacangan kondisinya akan menurun, sehingga kondisi kesehatannya tidak sebaik anak normal.

Hasil penelitian diperoleh bahwa, baik pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol terdapat kebiasaan kebersihan diri baik yang meliputi frekuensi mandi dua kali dalam sehari yaitu 27 (77,1%) dan 23 (65,7%), kebiasaan berganti pakaian dua kali sehari yaitu 33 (94,3%) dan 31 (88,6%) serta memotong kuku setiap sekali seminggu 21 (60%) dan 13 (37,1%). Selain itu diperoleh kebiasaan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum makan dan setelah BAB tidak pernah, baik pada kelompok kasus yaitu 16 (45,7%) dan 30 (85,7%) maupun kelompok kontrol yaitu 23 (65,7%) dan 33 (94,3%).

Hasil analisis untuk melihat hubungan kebiasaan kebersihan diri dengan status gizi yang mengalami penyimpangan positif menggunakan uji statistik *McNemar* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dan nilai odd ratio 1,500 ($OR > 1$), maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan kebersihan diri dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) dan nilai odd ratio menunjukkan bahwa kebiasaan kebersihan diri yang baik pada balita mempunyai peluang 1,5 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki kebiasaan kebersihan diri kurang.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian (Turnip 2008) bahwa ada hubungan antara kebiasaan kebersihan diri terhadap status gizi anak usia 12-24 bulan nilai ($p < 0,05$) dan nilai $OR = 5,9$ pada $CI\ 95\%$ (1,540-22,903) yang berarti bahwa anak dengan status gizi tidak baik mempunyai peluang 5,9 kali pada

keluarga yang menerapkan kebiasaan kebersihan diri tidak baik dibandingkan pada keluarga dengan kebersihan diri yang baik.

Penelitian lain (Yudianti 2010) juga ditemukan hasil yang sama, bahwa ada hubungan antara praktek kebersihan diri yang baik dengan status gizi anak yang mengalami penyimpangan positif usia 6-59 bulan dengan nilai OR 49,45 (95% CI = 11,23-217,7).

4. Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan

Anak balita merupakan masa yang mudah terinfeksi penyakit. Oleh karenanya diperlukan ketekunan Ibunya untuk membawa anaknya ke fasilitas kesehatan jika anaknya mengalami penyakit infeksi. Selain memberikan imunisasi lengkap kepada anak sebelum menginjak usia 1 tahun, pengobatan penyakit pada masa kanak-kanak dan mendapatkan bantuan profesional pada waktu yang tepat, sangat berperan dalam menjaga kesehatan anak (Dahlia 2012).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa dari 70 balita, baik kelompok kasus maupun kelompok kontrol pada keluarga nelayan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang terdapat 70 (100%) memiliki kebiasaan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang baik. Pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan mencakup pelayanan kesehatan A (Puskesmas, dan Pustu) serta pelayanan kesehatan B (Posyandu).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kategori baik, hal ini disebabkan karena akses yang mudah menuju ke Puskesmas, Pustu dan Posyandu yang bisa ditempuh dengan berjalan kaki dan tidak mengeluarkan biaya untuk menuju ke sarana pelayanan kesehatan tersebut. Jarak merupakan ukuran jauh dekatnya dari rumah/tempat tinggal seseorang ke pelayanan kesehatan terdekat.

Menurut (Sitorus & Ambarita 2007) jarak merupakan salah satu faktor yang penting bagi masyarakat guna memanfaatkan pelayanan kesehatan. Rendahnya tingkat utilisasi sarana pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh jarak dimana lokasi tinggal. Masyarakat lebih cenderung memanfaatkan sarana yang berada disekitar tempat tinggal mereka. Bila sarana mudah dijangkau maka fasilitas/sarana tersebut akan banyak dipergunakan.

Posyandu merupakan sarana kesehatan yang memanfaatkan sumber daya masyarakat dan dikelola oleh masyarakat. Berdasarkan hasil wawancara pemanfaatan pelayanan kesehatan didapatkan baik kelompok kasus dari 35 responden terdapat 33 (94,3%) maupun kelompok kontrol dari 35 responden terdapat 32 (91,4%) rutin membawa anak ke Posyandu untuk ditimbang setiap bulannya. Berdasarkan penuturan beberapa Ibu balita, hal ini disebabkan karena kebutuhan yang dirasakan Ibu balita terhadap pelayanan Posyandu. Hal ini senada dengan pendapat (Sudarti,2008) bahwa Ibu yang memanfaatkan Posyandu merasakan kebutuhan akan pelayanan Posyandu karena adanya keinginan kuat dari Ibu untuk mengetahui dan memahami tentang perkembangan gizi anaknya, imunisasi gratis dan lokasi Posyandu tidak jauh dari tempat tinggal Ibu. Menurut Herikyswanto, 2011 *dalam* (Sartika 2007) pemanfaatan Posyandu yang merupakan sarana pelayanan kesehatan sederhana dalam masyarakat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Hasil penelitian (Sitorus & Ambarita 2007) bahwa faktor yang mempengaruhi masyarakat datang ke Posyandu karena sarana dan prasarana tersedia, mutu pelayanan dinilai baik, ada peran dari tokoh masyarakat, dan masyarakat tidak membawa anak ke fasilitas pelayanan lain.

Faktor lain yang berhubungan adalah usia Ibu balita. Dimana dari hasil penelitian didapatkan umur Ibu sebagian besar berada pada usia 20-40 tahun. Menurut (Huloch 2004) bahwa umur Ibu sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi partisipasi sosial pada masa dewasa. Hasil temuan ini didukung oleh penelitian (Tumbol et al. n.d.) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan frekuensi kunjungan Ibu yang memiliki anak balita ke Posyandu Kelurahan Lewet Kecamatan Amurang Timur Kabupaten Minahasa Selatan didapatkan bahwa wanita yang dewasa akan aktif dibidang sosial, seperti ikut serta dalam peran Posyandu. Ada kecenderungan semakin usia Ibu muda atau dewasa, semakin enggan berpartisipasi dalam kegiatan Posyandu. Sebaliknya Ibu-ibu yang umur reproduksi sehat (20-35 tahun) mempunyai perhatian dan mau untuk ikut kegiatan Posyandu.

Selain itu, faktor Ibu balita rutin menimbang ke Posyandu tiap bulan, disebabkan adanya program PNPM GSC Provinsi Sulawesi Barat. Kecamatan Balanipa merupakan salah satu Kecamatan dari 10 Kecamatan di Kabupaten Polewali Mandar yang mendapatkan program GSC. “Penimbangan berat badan anak di bawah usia 3 tahun setiap bulan dan anak balita dua kali setahun” merupakan 1 dari 8 indikator kesehatan GSC. Program GSC ini sendiri telah dilaksanakan sejak tahun 2012 sampai dengan 2017. Dimana program ini menekankan pada partisipasi masyarakat secara langsung. Penyuluhan gizi dan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada Ibu balita, Ibu hamil rutin dilakukan oleh petugas kesehatan Puskesmas Pambusuang, didukung kader Posyandu yang aktif. Hal ini berimplikasi terhadap peningkatan partisipasi masyarakat dalam menggunakan pelayanan kesehatan termasuk Posyandu.

Hasil wawancara didapatkan dari 35 responden terdapat 32 (91,4%) Ibu pada kelompok kasus memiliki kebiasaan bila anak mengalami gejala sakit seperti panas, batuk, pilek tetapi tetap bermain tetap membawa anak berobat ke Puskesmas/Pustu sedangkan pada kelompok kontrol hanya 13 (37,1%). Hasil temuan yang sama juga didapatkan oleh (Kartini 2009) perbedaan praktek pencarian pengobatan dan respon keluarga untuk membawa balita yang sakit ke sarana kesehatan antara anak balita deviasi dan yang tidak deviasi, ini dikarenakan oleh Ibu anak balita deviasi positif lebih mengetahui tanda-tanda balita bila sakit dibandingkan dengan ibu anak balita yang tidak deviasi (54,1% vs 37,2%).

Kurangnya pengetahuan tentang tanda-tanda balita sakit disebabkan kurangnya pendidikan Ibu. Perilaku mencari pelayanan kesehatan oleh Ibu dipengaruhi oleh pendidikan. Hasil temuan ini sesuai dengan hasil penelitian (Mbagaya et al. 2005) bahwa Ibu dengan pendidikan tinggi cenderung untuk mengambil tindakan dengan membeli obat atau membawa anak mereka ke rumah sakit dibandingkan dengan Ibu berpendidikan rendah.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada keluarga nelayan di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang dengan kategori baik tetapi banyak ditemukan balita gizi kurang ini disebabkan karena jarak kelahiran. Berdasarkan hasil observasi didapatkan dari 35 responden kelompok kontrol terdapat 19 (54,2%) dengan jarak kelahiran <2 tahun. Menurut Kasey Buckles yang dimuat dalam *journal of human resources*, 2011 (Ginting et al. 2013) menunjukkan bahwa jarak kelahiran dua tahun bermanfaat untuk keluarga besar, selain itu jarak kelahiran dua tahun adalah tahun awal yang penting dalam perkembangan anak. Jarak kelahiran anak kurang dari dua tahun membuat anak yang pertama atau yang lebih tua kehilangan waktu dan perhatian orang tua.

Hasil temuan ini sesuai dengan hasil penelitian (Nurjanah & Septiani 2013) bahwa terdapat hubungan jarak kelahiran dengan status gizi balita dengan nilai $p = 0,022$ ($p \text{ value} = <0,05$). Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian (Prasetyo et al. 2008) bahwa jarak kelahiran mempengaruhi asupan makan, dan asupan makan akan mempengaruhi status gizi, sehingga dikatakan bahwa jarak kelahiran mempengaruhi status gizi secara tidak langsung.

Status gizi dipengaruhi oleh beberapa yaitu faktor *inheren* (usia balita, jenis kelamin, pantangan makanan dan status kesehatan), faktor *distal* (tingkat pendidikan Ibu, tingkat pengetahuan Ibu, dan akses kesehatan), faktor *intermediate* (faktor lingkungan dan faktor Ibu yang didalamnya menyinggung jarak kelahiran dan jumlah balita), dan faktor Ibu (Jarak Kelahiran, jumlah balita). Dari beberapa faktor diatas faktor Ibu adalah salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap status gizi balita, hal ini disebabkan karena tingginya angka kelahiran dan jumlah anak dalam keluarga yang tidak dibatasi (Arisman 2009).

Menurut Rosmanta 2008 *dalam* (Rahayu 2009), anak-anak yang lahir dengan jarak kelahiran 3 sampai 5 tahun dengan kelahiran sebelumnya memiliki tingkat kelangsungan hidup 2,5 kali lebih tinggi daripada mereka yang lahir dengan jarak kelahiran < 2 tahun. Anak-anak yang lahir dengan jarak kelahiran 3 tahun dengan kelahiran sebelumnya lebih sehat saat mereka dilahirkan dan memiliki kemungkinan hidup lebih baik pada setiap pertumbuhan dan perkembangannya. Dengan pengaturan jarak kelahiran risiko malnutrisi berkurang karena ibunya relatif lebih sehat dan mempunyai cukup waktu untuk pengasuhan anaknya (pemberian asuh, asih, asah). Kemungkinan anak tersebut akan hidup dalam lingkungan yang kaya akan stimulasi yang akan menyebabkan tumbuh dan berkembang optimal baik secara fisik, mental, maupun psikologi. Jarak kelahiran

juga berkontribusi untuk meningkatkan kualitas hidup yang lebih efektif dibandingkan intervensi kesehatan lainnya (Wilopo,2005)

Anjuran Islam agar para orangtua merencanakan jarak kelahiran setiap anaknya tertuang dalam QS Luqman/31: 14.

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَلَدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْتًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفَصَّلَهُ فِي عَامَيْنِ أَنِ اشْكُرْ
لِي وَلَوْلَدَيْكَ إِلَى الْمَصِيرِ ﴿١٤﴾

Terjemahnya :

“dan Kami perintahkan kepada manusia (berbuat baik) kepada dua orang Ibu- Bapanya; Ibunya telah mengandungnya dalam Keadaan lemah yang bertambah- tambah, dan menyapihnya dalam dua tahun. Bersyukurlah kepadaku dan kepada dua orang Ibu Bapakmu, hanya kepada-Kulah kembalimu”. (Departemen Agama RI, 2010).

Ayat diatas menjelaskan bahwa secara ideal setiap Ibu disarankan untuk menyusui anaknya selama dua tahun. Didalam tafsir Al-Misbah kata وَفَصَّلَهُ فِي عَامَيْنِ mengisyaratkan betapa penyusuan anak sangat penting dilakukan Ibu kandung. Tujuan penyusuan ini bukan sekedar untuk memelihara kelangsungan hidup anak, tetapi juga bahkan lebih-lebih untuk menumbuh kembangkan anak dalam kondisi fisik dan psikis yang prima. Lebih lanjut Allah SWT berfirman dalam QS Al-Ahqaf/46:15.

.....وَحَمَلُهُ وَفَصَّلُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا ﴿١٥﴾

Terjemahnya :

“.....masa mengandung sampai menyapihnya selama tiga puluh bulan,”. (Departemen Agama RI, 2010).

Ayat diatas mengisyaratkan bahwa masa kandungan minimal adalah enam bulan karena pada QS Al-Baqarah/2:233 telah dinyatakan bahwa masa penyusuan yang sempurna adalah dua tahun, yakni 24 bulan. Ayat diatas menunjukkan betapa pentingnya Ibu kandung memberi perhatian yang cukup terhadap anak-anaknya, khususnya pada masa-masa pertumbuhan dan perkembangan jiwanya. Sikap kejiwaan seorang dewasa banyak sekali ditentukan oleh perlakuan yang dialaminya pada saat kanak-kanak. Karena itu tidaklah tepat membiarkan mereka hidup terlepas dari Ibu Bapak kandungnya. Betapapun banyak kasih sayang yang dapat diberikan oleh orang lain, tetap saja kasih sayang Ibu Bapak masih sangat mereka butuhkan (Shihab 2009e).

Kedua ayat diatas memberikan pelajaran bahwa secara ideal setiap Ibu disarankan untuk menyusui anaknya selama dua tahun. Dengan pemberian Air Susu Ibu (ASI) selama dua tahun, merupakan makanan yang terbaik untuk anak pada usia dini. Hikmah dibalik jangka waktu penyusuan selama dua tahun ini, selain positif bagi si anak, juga sangat bermanfaat bagi sang Ibu. Selama masa dua tahun, sang Ibu bisa kembali memulihkan kesehatannya secara lebih sempurna setelah melahirkan. Dengan sendirinya ia dianjurkan untuk tidak terlebih dahulu hamil. Selain pengaturan jarak kelahiran, kedua ayat ini juga memberikan hikmah, Ibu bisa berkonsentrasi merawat anaknya pada usia bayi. Untuk membentuk keluarga yang berkualitas perlu perencanaan kehamilan, salah satunya dengan mengatur jarak kelahiran yang ideal.

5. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan tentang kesehatan dan gizi setiap orang berbeda-beda, tergantung tingkat pendidikan, akses terhadap informasi dan kemampuan orang untuk menyerap informasi. Penerapan pengetahuan kesehatan dan gizi yang diperoleh juga berbeda-beda. Dari berbagai penelitian diketahui suatu perilaku

yang didasari oleh pengetahuan, akan lebih “langgeng” dibandingkan perilaku yang tidak disadari oleh pengetahuan (Adriani & Wirjatmadi 2014).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 70 responden terdapat 31 (88,6%) Ibu kelompok kasus dengan pengetahuan kategori baik dan hanya 16 (45,7%) Ibu balita pada kelompok kontrol. Hal ini juga berkaitan dengan tingkat pendidikan Ibu, dimana kelompok kasus lebih banyak memiliki Ibu dengan tingkat pendidikan SMA/Sederajat yaitu 8 (22,9%) dan tingkat pendidikan Diploma 2 (5,7%) dibandingkan dengan Ibu pada kelompok kontrol dari 35 responden sebagian besar berpendidikan SD/ sederajat yaitu 17 (48,6%).

Hasil temuan yang sama juga ditunjukkan oleh (Levinson et al. 2007), bahwa anak balita yang memperoleh pendekatan penyimpangan positif di India, tujuh kali lebih baik status gizinya dengan Ibu yang memiliki pengetahuan gizi baik bila dibandingkan dengan anak balita yang memiliki Ibu dengan pengetahuan gizi kurang (25,0% vs 3,5%).

Pengetahuan penting peranannya dalam menentukan asupan makanan. Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap perilaku dalam memilih makanan yang akan berdampak pada asupan gizinya. Dengan adanya pengetahuan tentang gizi, masyarakat akan tahu bagaimana menyimpan dan menggunakan pangan (Suhardjo, 1989 dalam Adriani & Wirjatmadi, 2014).

Kunci keberhasilan seorang Ibu menanamkan kebiasaan makan anak yang baik sangat tergantung kepada pengetahuan dan keterampilan Ibu akan cara dan faedah menyusun makanan yang memenuhi syarat gizi. Menurut Suhardjo (1986), jika tingkat pengetahuan gizi baik, maka diharapkan status gizi Ibu dan balitanya baik; sebab gangguan gizi adalah karena kurangnya pengetahuan tentang gizi. Ibu yang cukup pengetahuan gizi akan memerhatikan kebutuhan gizi

yang dibutuhkan anaknya supaya dapat tumbuh dan berkembang seoptimal mungkin. Sehingga Ibu akan berusaha memiliki bahan makanan yang sesuai dengan kebutuhan anaknya (Adriani & Wirjatmadi 2014)

Hasil analisis untuk melihat hubungan pengetahuan gizi ibu dengan status gizi yang mengalami penyimpangan positif menggunakan uji statistik *McNemar* diperoleh nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) dan nilai odd rasio 0,824 (CI 95% 0,103-6,616) nilai $OR < 1$, maka dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan pemberian makan dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif dan nilai odd rasio menunjukkan bahwa pengetahuan Ibu yang baik mempunyai peluang 0,8 kali balitanya mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada Ibu yang memiliki pengetahuan kurang.

Hasil penelitian ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Kartini 2009) diperoleh bahwa ada hubungan ($p < 0,05$) antara pengetahuan kesehatan dan gizi yang cukup dengan status deviasi positif pada anak balita.

Hasil penelitian lain (Mulyaningsih 2008) diperoleh bahwa balita yang memiliki Ibu pada tingkat pengetahuan gizi kurang baik mempunyai risiko untuk mengalami status gizi kurang 6,8 kali lebih besar daripada balita yang memiliki Ibu pada tingkat pengetahuan gizi baik.

6. Asupan Gizi

Asupan gizi adalah jumlah zat gizi yang konsumsi yang diperoleh dari makanan dan minuman yang dikonsumsi sehari-hari (Soekirman, 1991 dalam (Kartini 2009). Antara asupan zat gizi dan pengeluarannya harus ada keseimbangan sehingga diperoleh status gizi yang baik (Proverawati & Kusumawati 2011).

Kebutuhan gizi pada masa balita membutuhkan lebih banyak nutrisi karena masa balita (Usia 1-5 tahun) adalah periode keemasan. Periode kehidupan yang sangat penting bagi perkembangan fisik dan mental, pada masa ini pula balita mulai banyak melakukan dan menemukan hal-hal baru. Dalam hal ini, nutrisi yang baik memegang peranan penting (Hasdianah H.R et al. 2014). Kebutuhan gizi yang harus dipenuhi pada masa balita diantaranya energi dan protein.

Berdasarkan hasil *recall* 24 jam menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat konsumsi energi dan protein pada kelompok kasus dan kelompok kontrol. Berdasarkan tabel 4.10 dan tabel 4.11 terlihat bahwa sebagian besar kelompok kasus memiliki asupan energi dan protein yang cukup yaitu dari 35 responden terdapat 29 (82,9 %) memiliki asupan energi cukup dan terdapat 31 (88,6%) memiliki asupan protein cukup, sebaliknya pada kelompok kontrol memiliki asupan energi dan protein yang kurang yaitu dari 35 responden terdapat 18 (51,4%) dengan asupan energi kurang dan 17 (48,6%) memiliki asupan protein kurang.

Frekuensi makan makanan pokok sebanyak 3 kali bahkan lebih ditambah makanan selingan pada balita kelompok kasus memungkinkan pemenuhan kebutuhan energi dan protein yang cukup. Menurut (Depkes RI, 2002 *dalam* (Nurjamil 2013) makanan beraneka ragam dijamin dapat memberi manfaat yang besar terhadap kesehatan, sebab gizi tertentu yang terkandung dalam satu jenis bahan makanan akan dilengkapi oleh zat gizi dari bahan makanan lain. Demikian juga sebaliknya masing-masing bahan makanan dalam susunan ragam menu seimbang akan saling melengkapi.

Ikan merupakan sumber protein utama bagi balita pada kelompok kasus dan kelompok kontrol dimana faktanya bahwa mereka memang berasal dari keluarga nelayan dan tinggal di wilayah pesisir pantai. Ikan yang kebanyakan dikonsumsi berdasarkan hasil *recall* 24 jam yang dilakukan sebanyak dua kali dan hasil *food frekuensi questionnaire* (FFQ) yaitu *tappilalang* atau ikan cakalang, ikan layang, *bulalia* atau ikan selar (ikan selar kecil dan ikan selar ukuran besar), *leppani* atau ikan tuna diolah dengan cara dimasak dengan sentuhan khas suku mandar yaitu berupa ikan masak kuah. Selain pengolahan ikan dengan cara dimasak juga diolah dengan cara dibakar. Keempat jenis ikan ini memiliki kandungan protein yang cukup tinggi.

Al-Quran secara jelas memberikan peluang kepada manusia untuk menikmati kekayaan laut. Salah satunya yaitu sumber makanan yang berasal dari laut berupa ikan. Fiman Allah SWT dalam QS al-Nahl/16:14:

وَهُوَ الَّذِي سَخَّرَ الْبَحْرَ لِتَأْكُلُوا مِنْهُ لَحْمًا طَرِيًّا وَتَسْتَخْرِجُوا مِنْهُ حِلْيَةً تَلْبُسُونَهَا وَتَرَى الْفُلْكَ مَوَاجِرَ فِيهِ وَلِتَبْتَغُوا مِنْ فَضْلِهِ وَلِعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ

Terjemahnya:

“dan Dia-lah, Allah yang menundukkan lautan (untukmu), agar kamu dapat memakan daripadanya daging yang segar (ikan), dan kamu mengeluarkan dari lautan itu perhiasan yang kamu pakai; dan kamu melihat bahtera berlayar padanya, dan supaya kamu mencari (keuntungan) dari karunia-Nya, dan supaya kamu bersyukur”. (QS al-Nahl/16:14)

Ayat diatas menggambarkan Dia-lah yang menundukkan lautan dan sungai serta menjadikannya area hidup binatang dan tempatnya tumbuh berkembang serta pembentukan aneka perhiasan. Itu dijadikan demikian agar kamu dapat menangkap hidup-hidup atau yang mengapung dari ikan-ikan dan sebangsanya

yang berdiam disana sehingga kamu dapat *memakan darinya daging yang segar*, yakni binatang-binatang laut itu. Sedangkan kalimat Allah yang menyatakan “*daging yang segar*” yakni binatang-binatang laut itu, dan apabila bersungguh-sungguh maka kamu dapat mengeluarkan perhiasan yang dapat kamu gunakan; seperti permata, mutiara, merjan dan secepatnya. Allah menundukkan itu agar kamu memanfaatkannya dan agar kamu bersungguh-sungguh mencari rezeki, sebagian dari karunia-Nya itu dan agar kamu terus-menerus bersyukur (Shihab 2009f).

Dalam ayat ini dijelaskan bahwa Allah SWT banyak memberikan nikmat kepada manusia lewat adanya laut. Allah menundukkan laut untuk manusia dimana bertujuan agar manusia bisa mengambil manfaat dari laut tersebut. Didalam laut banyak sekali manfaat yaitu banyak terkandung bahan makanan, perhiasan, tempat berlayar. Sebagai sumber makanan salah satunya adalah berbagai macam jenis ikan yang memiliki banyak kandungan gizi.

Selain ikan sebagai sumber utama protein, juga kebutuhan protein dipenuhi dari sumber protein nabati. Hasil *recall* 24 jam dan FFQ didapatkan kelompok kasus dan kelompok kontrol mengkonsumsi sayur bayam dan daun kelor. Konsumsi daun kelor sebesar 71% dan sayur bayam sebesar 83% dengan frekuensi 1-2 per minggu. Sayur daun kelor atau biasa mereka menyebutnya dengan sayur pohon jawa didapatkan di dibelakang rumah responden. Sayur bayam didapat kan dari penjual sayur keliling (*pa'gandeng*) yang biasanya menjajakan jualannya disore hari.

Daun kelor merupakan salah satu bagian dari tanaman kelor yang telah banyak diteliti kandungan gizi dan kegunaannya. Daun kelor sangat kaya akan nutrisi, diantaranya kalsium, besi, protein, vitamin A, vitamin B dan Vitamin C (Misra & Misra, 2014; Oluduro, 2012; Ramachandran et al., 1980 *dalam*

(Aminah et al. 2015). Pohon kelor dijuluki dengan pohon ajaib (*miracle of tree*). Kandungan protein daun kelor sebesar 22,7 gram/100 gram (Aminah et al. 2015).

Bayam termasuk sayuran yang sangat kaya nutrisi dengan kandungan rendah kalori, namun sangat tinggi vitamin, mineral dan fitonutrien lainnya. Kandungan gizi per 100 g meliputi energi 100 kJ, karbohidrat 3,4 g, protein 2,5 g, betakaroten 4,1 mg, vitamin B kompleks 0,9 mg, vitamin C 52 mg (Rahayu et al. 2013).

Selain itu, berdasarkan hasil penelitian dari 35 responden pada kelompok kontrol terdapat 18 (51,4%) dengan tingkat konsumsi protein yang cukup, tetapi hal ini tidak diimbangi dengan kecukupan konsumsi energi. Konsumsi protein yang cukup pada kelompok kontrol tanpa diimbangi dengan konsumsi energi yang cukup justru mengakibatkan kekurangan protein bagi balita dan mengganggu pertumbuhannya. Menurut (Adriani & Wirjatmadi 2014) kecukupan protein hanya dapat dipakai dengan syarat kebutuhan energi terpenuhi. Bila kebutuhan energi tidak terpenuhi, maka sebagian protein yang dikonsumsi akan digunakan untuk pemenuhan kebutuhan energi.

Mengenai asupan konsumsi energi, sebagian besar balita pada kelompok kasus tergolong dalam kategori asupan konsumsi energi cukup dan sebaliknya pada kelompok kontrol. Berdasarkan Tabel 4.10 dari 35 responden terdapat 29 (82,9%) pada kelompok kasus memiliki asupan energi cukup. Demikian pula didapatkan pada kelompok kontrol dari 35 responden terdapat 17 (48,6%) memiliki tingkat konsumsi energi cukup. Setelah ditelusuri mengenai riwayat penyakit infeksi didapatkan dari 35 responden terdapat 21 (60%) kelompok kontrol memiliki riwayat penyakit infeksi atau mengalami diare. Hasil temuan ini didukung oleh hasil penelitian (Ariska et al. 2015) bahwa diare secara signifikan mempengaruhi perubahan status gizi balita ($p = <0,05$). Diare berhubungan negatif

dengan perubahan status gizi balita ($r=1,300$, $p=0,008$, $OR=0,272$). Hal tersebut menunjukkan bahwa balita yang mengalami diare memiliki kecenderungan 0,272 kali lebih kecil mengalami kenaikan status gizi dibandingkan yang tidak mengalami diare.

Hal ini sesuai juga dengan pendapat (Lutviana & Budiono 2010) penyakit infeksi mempunyai peranan yang kuat terhadap terjadinya gizi kurang pada balita. Pendapat ini juga diperkuat Soekirman (2001) dalam (Kartini 2009) bahwa anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita gizi kurang.

Berdasarkan hasil *recall* 24 jam menunjukkan balita pada kelompok kontrol memiliki tingkat asupan energi kurang disebabkan frekuensi makanan pokok pada balita yang kurang. Makanan pokok yang dikonsumsi adalah nasi yaitu dengan frekuensi tergolong selalu (100%) hal ini disebabkan nasi sebagai makanan pokok keluarga sehari-hari. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Nurchayyo & Briawan 2010) bahwa anak setiap hari mengonsumsi nasi tetapi masih banyak ditemukan hanya dua kali sehari sebanyak 37,0% dengan jumlah yang sangat sedikit, padahal seharusnya anak harus diberi makan sesering mungkin karena keterbatasan volume perut anak, oleh karena itu walaupun makanan pokok sudah terpenuhi tetapi frekuensi dan jumlah yang kurang maka dapat menyebabkan anak mengalami gizi kurang. Menurut (Khomsan et al. 2006) frekuensi makan akan menentukan jumlah makanan yang masuk kedalam tubuh seseorang sehingga akan menentukan tingkat kecukupan gizi.

Hasil uji statistik yang dilakukan dengan uji McNemar, didapatkan nilai $p=0,001$ ($<0,05$), sehingga dinyatakan ada hubungan antara asupan protein dengan status gizi anak balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*). Hal senada juga didapatkan dari hasil uji statistik hubungan asupan energi dengan

status gizi, dimana hasil didapatkan ada hubungan antara konsumsi energi dengan status gizi anak balita yang mengalami penyimpangan positif dengan nilai p value sebesar 0,012.

Nilai odd Rasio yang diperoleh adalah 3,643 (CI 0,340-39,014) nilai $OR > 1$, yang berarti bahwa balita yang tingkat asupan protein cukup mempunyai peluang 3,6 kali lebih besar mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki asupan protein kurang. Asupan Energi yang cukup pada balita dengan nilai OR 0,406 (CI = 0,064-2,580) mempunyai peluang 0,4 kali untuk mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki asupan energi kurang.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian (Yudianti 2010) bahwa ada hubungan antara asupan energi dan asupan protein dengan status gizi anak yang mengalami penyimpangan positif usia 6-59 bulan, nilai OR 6,04 (CI=1,98-18,40), nilai OR 4,44 (CI= 1,35-14,50).

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian (Lutviana & Budiono 2010) ada hubungan antara tingkat konsumsi energi dan protein dengan status gizi balita pada keluarga nelayan di Desa Bajomulyo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati Tahun 2009 dimana didapatkan nilai $p = 0,001$ (nilai $p < 0,05$).

7. Riwayat Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi merupakan faktor langsung yang mempengaruhi status gizi kurang dan buruk pada balita. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dari 35 responden didapatkan 21 (60%) kelompok kontrol memiliki riwayat penyakit infeksi atau mengalami diare dan dari 35 responden hanya 7 (20%) kelompok kasus memiliki riwayat penyakit infeksi atau mengalami diare. Walaupun balita pada kelompok kasus ditemukan riwayat penyakit infeksi namun dengan pola asuh yang baik terutama praktik pemberian makanan yang sehat serta pengobatan

yang tanggap dan efektif termasuk kunjungan ke pelayanan kesehatan sehingga penyakit infeksi yang diderita anak balita tersebut dapat teratasi. Menurut (Arisman 2009) pengobatan yang efektif dan tepat waktu dapat mengurangi dampak gizi yang tidak diinginkan. Selain itu penyebab terjadinya diare pada responden kelompok kasus setelah ditelusuri ditemukan yaitu sanitasi dasar berupa sarana pembuangan sampah yang tidak memenuhi syarat kesehatan dan sarana jamban keluarga.

Pengelolaan sampah yang kurang baik akan menjadi tempat berkembang biak bagi vektor penyakit seperti lalat, tikus sehingga insiden penyakit tertentu seperti diare akan meningkat (Chandra, 2009). Responden kelompok kasus pada penelitian ini sudah membuang sampah ditempat sampah, namun kondisi tempat penampungan sampah tersebut sebagian besar masih terbuka dan tidak kedap air. Kondisi yang demikian dapat menyebabkan sampah kembali bertebaran bahkan menjadi tempat berkembang biak vektor penyakit seperti lalat.

Responden kelompok kasus ini juga tidak memiliki jamban keluarga dari 7 responden kelompok kasus hanya 1 responden yang memiliki jamban, sehingga apabila mereka buang air besar mereka menumpang dijamban tetangga, buang air besar dilaut atau membuang tinja di dekat rumah. Bila dilihat perilaku Ibu pada kelompok kasus ada yang tidak membuang tinja balita dengan benar. Mereka membuang tinja balita ke laut bahkan di pekarangan rumah saja atau dekat sumur yang berada didepan rumah, dengan anggapan bahwa tinja balita tidak berbahaya. Menurut (Depkes,2003) tinja balita juga berbahaya karena mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. Tinja balita juga dapat menularkan penyakit pada balita itu sendiri dan juga pada orang tuanya. Selain itu tinja binatang dapat pula menyebabkan infeksi pada manusia.

Berdasarkan hasil observasi sebagian besar responden belum memiliki jamban dimana dari 70 responden hanya 3 responden yang memiliki jamban. Kebanyakan responden buang air besar dilaut atau pekarangan rumah. Dengan belum memiliki jamban sendiri, dapat menyebabkan timbulnya kejadian diare pada balita yang dikarenakan kotoran tinja yang tidak terkubur rapat akan mengundang lalat maupun tikus yang akan berdampak terhadap kesehatan lingkungan. Hal ini didukung hasil penelitian (Jumiati 2009) mengenai hubungan antara sanitasi lingkungan dengan kejadian diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Nogosari Kabupaten Boyolali Tahun 2009 yang menunjukkan bahwa adanya hubungan antara kepemilikan jamban keluarga dengan kejadian diare pada balita dimana didapatkan nilai $p = 0,018$.

Dalam agama Islam pun melarang buang air sembarangan.

عَنْ أَبِيهِ عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ أَنَّ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ اتَّقُوا اللَّاعِنِينَ قَالُوا
وَمَا اللَّاعِنَانِ يَا رَسُولَ اللَّهِ قَالَ الَّذِي يَتَخَلَّى فِي طَرِيقِ النَّاسِ أَوْ ظِلِّهِمْ

Terjemahnya :

Dari Abu Hurairah RA, bahwasanya Rasulullah SAW bersabda, "Peliharalah dirimu dari dua golongan yang mendapat laknat! " Mereka (Para sahabat) bertanya, "Siapakah dua golongan yang mendapat laknat itu wahai Rasulullah? "Beliau SAW menjawab, "Yaitu orang yang suka buang air kecil di jalanan atau di tempat yang dipakai manusia untuk berteduh. " {Shahih: Muslim}

Hadist diatas menjelaskan bahwa kita dilarang buang air besar atau buang air kecil dijalan umum yang banyak dilalui dan didatangi manusia juga dibawah pohon (naungan). Sebagaimana kita ketahui bahwa najis manusia mengandung banyak kuman penyakit dan berbahaya bagi manusia, sehingga Rasulullah SAW melarangnya sebab hal itu membahayakan bagi kesehatan.

Menurut Soegeng Santoso (2004) gizi kurang dan diare sering dihubungkan satu sama lain, walaupun diakui sangat sulit ketika menentukan kelainan yang mana terlebih dahulu, gizi kurang, diare atau sebaliknya. Diare merupakan faktor langsung yang dapat mempengaruhi status gizi kurang pada balita karena termasuk ke dalam jenis penyakit infeksi (Unicef,1999 dalam Kurnia R 2011).

Menurut Nancy dan Arifin (2005) dalam (Zuldesni 2007) kaitan antara sakit/penyakit infeksi dengan kurang gizi seperti lingkaran setan yang sukar diputuskan, karena keduanya saling terkait dan saling memperberat. Kondisi infeksi kronik akan menyebabkan kurang gizi dan kondisi kurang gizi akan memberikan dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Pernyataan senada juga diungkapkan oleh (Supariasa et al. 2002), bahwa kaitan infeksi dengan keadaan gizi kurang merupakan hubungan timbal balik atau hubungan sebab akibat, dimana penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi, dan keadaan gizi yang jelek dapat memudahkan terkena infeksi.

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara riwayat penyakit infeksi dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif pada keluarga nelayan dimana nilai *p value* sebesar 0,007 (nilai $p < 0,05$) dan nilai OR 0,189 (OR < 1) menunjukkan bahwa balita yang tidak memiliki riwayat penyakit infeksi mempunyai peluang 0,18 kali mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) daripada balita yang memiliki riwayat penyakit infeksi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian (Kartini 2009) bahwa riwayat penyakit infeksi berhubungan secara signifikan dengan status deviasi pada anak balita. Kemungkinan anak balita yang tidak memiliki riwayat penyakit infeksi untuk mengalami deviasi positif ada 4,481 kali dibandingkan anak balita memiliki riwayat penyakit infeksi.

Penelitian lain tentang penyakit infeksi dan status gizi, telah dilakukan oleh (Lutviana & Budiono 2010) mengenai prevalensi dan determinan kejadian gizi kurang pada balita, menunjukkan bahwa ada hubungan antara penyakit infeksi dengan gizi kurang terlihat dari 28 balita terkena penyakit infeksi, 6 diantaranya mengalami gizi kurang dan 22 balita terkena penyakit infeksi, 16 diantaranya mengalami gizi kurang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan, maka dapat disimpulkan :

1. Pengasuhan terhadap balita sangat penting dan mempengaruhi proses tumbuh kembang balita. Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah/2:233 bagaimana seharusnya orang tua dalam mengasuh anaknya. Ada hubungan pola asuh dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dan merupakan faktor risiko dengan nilai OR= 3,5.
2. Makanan penting bagi pertumbuhan dan perkembangan balita. Makanan yang diberikan hendaklah halal dan thoyyiban yaitu sehat dan bergizi sebagaimana Allah SWT berfirman dalam QS Al Baqarah/2:168. Ada hubungan pola asuh berdasarkan kebiasaan pemberian makan dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dan merupakan faktor risiko dengan nilai OR=7,3.
3. Kebersihan balita dan lingkungannya berhubungan dengan kesehatan dan status gizi balita. Allah SWT berfirman dalam QS Al-Baqarah/2:222 dan Hadits riwayat Tirmidzi bagaimana Allah mencintai kebersihan dan Allah mencintai orang-orang yang menjaga kebersihan diri dan lingkungannya. Ada hubungan pola asuh berdasarkan kebiasaan kebersihan diri dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive*

deviance) pada keluarga nelayan dan merupakan faktor risiko dengan nilai $OR = 1,5$.

4. Kesadaran untuk membawa balita ketempat pelayanan kesehatan dapat mencegah terjadinya masalah gizi dan kesehatan balita. Allah SWT berfirman dalam QS Lukman/31:20 bahwa selayaknya kita memanfaatkan apa yang telah Allah SWT berikan di dunia ini berupa Nikmat-Nya dan Fasilitas-fasilitas-Nya. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pola asuh berdasarkan kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan.
5. Ibu yang memiliki pengetahuan gizi akan memperhatikan kebutuhan gizi yang dibutuhkan anaknya agar tumbuh dan berkembang optimal. Sebagaimana dalam Firman Allah SWT QS Az Zumar/39:9 Ibu yang memiliki pengetahuan tentu akan berbeda dengan Ibu yang tidak memiliki pengetahuan. Ada hubungan pengetahuan gizi Ibu dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dan bukan faktor risiko dengan nilai $OR = 0,82$.
6. Balita membutuhkan asupan dan gizi yang mencukupi. Asupan yang diberikan hendaklah halal dan thoyyiban sebagaimana firman Allah dalam QS Al Maidah/5:88. Ada hubungan asupan energi dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dan bukan faktor risiko dengan nilai $OR = 0,40$.
7. Kebutuhan protein balita sangat penting untuk pertumbuhannya. Laut merupakan sumber makanan dengan berbagai jenis ikan yang memiliki banyak kandungan gizi sebagaimana firman Allah SWT dalam QS An-Nahl/16:14. Allah SWT memberikan nikmat pada manusia lewat adanya

laut. Ada hubungan asupan protein dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dan merupakan faktor risiko dengan nilai $OR=3,6$.

8. Ada hubungan riwayat penyakit infeksi dengan status gizi balita yang mengalami penyimpangan positif (*positive deviance*) pada keluarga nelayan dan bukan faktor risiko dengan nilai $OR= 0,18$.

B. SARAN

1. Perlu ditingkatkan penyuluhan keluarga sadar gizi (Kadarzi) untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat khususnya Ibu sehingga dalam penyediaan makanan dalam keluarganya terutama pada balita dapat memperhatikan aspek gizinya serta penyuluhan tentang sanitasi dan hiegene yang baik.
2. Perlu mensosialisasikan *positive deviance* Ibu oleh Puskesmas Pambusuang melalui berbagai kegiatan di Posyandu tentang pola pengasuhan, kebiasaan pemberian makan, kebiasaan kebersihan diri dan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada balita khususnya pada keluarga nelayan yang status gizi balitanya kurang.
3. Hendaknya para Ibu mengikuti perkembangan informasi kesehatan khususnya melalui kegiatan penyuluhan maupun media cetak dan elektronik. Hendaknya para Ibu rutin mengikuti Posyandu sehingga dapat mengetahui perkembangan status gizi balitanya.
4. Bagi Peneliti selanjutnya dapat dilakukan dengan penelitian kualitatif untuk mengkaji lebih dalam faktor-faktor penyimpangan positif (*positive deviance*) status gizi balita pada keluarga nelayan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulllah, D., 2016. Perspektif Al- Qur'an Tentang Posisi Manusia dalam Memakmurkan Alam Raya. , 5(1), pp.4–6.
- Adriani, M. & Wirjatmadi, B., 2014. *Gizi dan Kesehatan Balita Peranan Gizi Mikro Zinc Pada Pertumbuhan Balita*, Jakarta: Kencana Prenadamedia Group.
- Alamsyah, D., 2013. *Pemberdayaan Gizi, Teori dan Aplikasi*, Pontianak: Nuha Medika.
- Amaliah, A.T.R. & Azriful, 2016. Distribusi Spasial Kasus Kecacingan (*Ascaris lumbricoides*) Terhadap Personal Higiene Anak Balita di Pulau Kodingareng Kecamatan Ujung Tanah Kota Makassar Tahun 2016. , 2, pp.75–80.
- Aminah, S., Ramdhan, T. & Muflihani Yanis, 2015. Kandungan Nutrisi dan Sifat Fungsional Tanaman Kelor (*Moringa oleifera*). *Buletin Pertanian Perkotaan*, 5(30), pp.35–44.
- Ariska, Y., Kustiyah, L. & Widodo, Y., 2015. Perubahan Status Gizi Balita Pada Program Edukasi dan Rehabilitasi Gizi. , 10(November), pp.157–164.
- Arisman, 2009. *Buku Ajar Ilmu Gizi dalam Daur Kehidupan*, Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Ayu, S.D., 2008. *Pengaruh Program Pendampingan Gizi Terhadap Pola Asuh, Kejadian Infeksi dan Status Gizi Balita Kurang Gizi Energi Protein*. Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.
- Badan Pusat Statistik, 2014. *Jumlah Rumah Tangga/Perusahaan Perikanan Tangkap Menurut Provinsi dan Jenis Penangkapan, 2000-2013*, Available at: www.bps.go.id.
- Badan Pusat Statistik. 2014. *Kabupaten Balanipa dalam Angka*. Available at: www.polewalimandarkab.bps.go.id
- Badan Pusat Statistik. 2014. *Banyaknya Keluarga Menurut Kecamatan dan Klasifikasi Keluarga di Kabupaten Mandar*. Available at: www.polewalimandarkab.bps.go.id
- CORE, 2003. Positive Deviance/Hearth A Resource Guide for Sustainably Rehabilitating Malnourished Children. *Group*, (February), pp.1–199. Available at: www.positivedeviance.org/pdf/hearth_book.pdf.
- Dahlan, M.S., 2013. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*, Jakarta: Salemba Medika.
- Dahlia, S., 2012. Pengaruh Pendekatan Positive Deviance Terhadap Peningkatan Status Gizi Balita. *Media Gizi Masyarakat Indonesia*, 2(1), pp.1–5.
- Departemen Kesehatan RI, 2015. Situasi Kesehatan Anak Balita di Indonesia. Available at: <http://www.depkes.go.id/article/view/15042900001/situasi-kesehatan-anak-balita-di-indonesia.html>.

- Departemen Pengembangan UMKM Bank Indonesia, 2016. *Kajian Potensi Keuangan Unbanked People Pada Sektor Perikanan*, Jakarta. Available at: www.bi.go.id.
- Ekawati, Y., 2014. *Perubahan komposisi asam amino dan mineral ikan cakalang*. Fakultas Perikanan dan Ilmu Kelautan Insitut Pertanian Bogor 2014.
- Ginting, T.M., Aritonang, E.Y. & Arifin Siregar, 2013. Hubungan Jarak Kelahiran dan Pola Pengasuhan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Tanjung Tiram Kabupaten Batu Bara Tahun 2013. , pp.1–8.
- Hapitria, P., Dasuki, D. & Ismail, D., 2011. Positive Deviance pada Status Gizi Balita. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 27(4), pp.197–208.
- Hasdianah H.R, Siyoto, S. & Peristyowati, Y., 2014. *Gizi, Pemanfaatan Gizi, Diet, dan Obesitas*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Imran, M. et al., 2014. Positive Deviance Approach and Supplementary Nutrition Under Icds Scheme on Improvement of Nutritional Status of 2 – 6 Year Children in Rural Bangalore. *National Journal of Community Medicine* | , 5(1), pp.109–113.
- Imron, M., 2003. Kemiskinan dalam Masyarakat Nelayan. *Jurnal Masyarakat dan Budaya*, 5(1), pp.63–82.
- Jahari, T.S.H.A.B., 2011. Perilaku Pemanfaatan Posyandu Hubungannya dengan Status Gizi dan Morbiditas Balita. *Buletin Penelitian Kesehatan*, Volume 40, pp.1–10.
- Judarwanto, W., 2004. *Mengatasi Kesulitan Makan pada Anak*, Jakarta: Puspa Swara.
- Jumiati, 2009. *Hubungan Antara Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Nogosari Kabupaten Boyolali Tahun 2009*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Kartini, A., 2009. *Proksi Status Gizi Anak Balita yang Mengalami Deviasi Positif di Kecamatan Barebbo Kabupaten Bone*. Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
- Kemenkes RI, 2013. *Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013*, Available at: <http://gizi.depkes.go.id>.
- Kemenkes RI, 2011. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*, Available at: <http://gizi.depkes.go.id>.
- Khomsan, A., 2002. *Pangan dan Gizi untuk Kesehatan*, Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Khomsan, A. et al., 2006. Studi Tentang Pengetahuan Gizi ibu dan Kebiasaan Makan pada Rumah Tangga di Daerah Dataran Tinggi dan Pantai. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 1(1), pp.23–28.

- Kurnia R, F., 2011. Faktor- Faktor yang Berhubungan Underweight pada Balita Umur 1-59 Bulan di Wilayah Puskesmas Leuwimunding Kabupaten Majalengka.
- Levinson, F.J. et al., 2007. Utilization of Positive Deviance Analysis In Evaluating Community-Based Nutrition Programs : An Application to The Dular Program In Bihar , India. *Food and Nutrition Buletin*, 28(3), pp.259–265.
- Lutviana, E. & Budiono, I., 2010. Prevalensi dan determinan kejadian gizi kurang pada balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(2), pp.138–144.
- Mapandin, W.Y., 2006. *Hubungan Faktor-faktor Sosial Budaya dengan Konsumsi Makanan Pokok Rumah Tangga Pada Masyarakat di Kecamatan Wamena, Kabupaten Jayawijaya Tahun 2005*. Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.
- Mbagaya, G.M., Odhiambo, M.O. & Oniang, R.K., 2005. Mother ' s health Seeking Behaviour During Child Illness In A Rural Wes- tern Kenya Kommunity. *African Health Sciences*, 5, pp.322–327.
- Muharyani, P.W., 2015. Hubungan Kontrol Makanan, Model Peran dan Keterlibatan Anak dengan Sulit Makan Pada Anak. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(2355).
- Muksin, 2011. *Evaluasi Status Gizi Pada Balita Gizi Kurang Setelah Pemberian Makanan Tambahan Oleh Persatuan Istri PT PLN (Persero) Di Wilayah Banjir Kanal Timur, Kel.Pandeanlamper Kec. Gayamsari Semarang*. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Mulyaningsih, F., 2008. *Hubungan Antara Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Balita dan Pola Makan Balita Terhadap Status Gizi Balita Di Kelurahan Srihardono Kecamatan Pundong*. Fakultas Teknik Universitas Negeri Yogyakarta.
- Munawaroh, S., 2015. Pola Asuh Mempengaruhi Status Gizi Balita. *Jurnal Keperawatan*, pp.44–50.
- Muttaqin, Z., *Psikologi Anak dan Pendidikan*,
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurcahyo, K. & Briawan, D., 2010. Konsumsi pangan, penyakit infeksi, dan status gizi anak balita pasca perawatan gizi buruk. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 5(3), pp.164–170.
- Nurjamil, S.H., 2013. Pengaruh Pelaksanaan Kebijakan Pendekatan Positive Deviance Terhadap Manajemen Penyuluhan Gizi Untuk Upaya Penurunan Angka Gizi Buruk. *Jurnal Ilmu sosial*, 1, pp.68–75.
- Nurjanah, N. & Septiani, T.D., 2013. Hubungan Jarak Kelahiran dan Jumlah Balita dengan Status Gizi di RW 07 Wilayah Kerja Puskesmas Cijerah Kota Bandung. *Jurnal Keperawatan Anak*, 1, pp.120–126.

- Prasetyo, B.E., Prawirohartono, E.P. & Rahyaningsih, 2008. Hubungan Jarak Kelahiran dan Jumlah Anak dengan Status Gizi Anak Taman Kanak-kanak. *Jurnal Gizi Klinik*, 4, pp.133–139.
- Proverawati, A. & Kusumawati, E., 2011. *Ilmu Gizi Untuk Keperawatan dan Gizi Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Puspitawati, H., 2013. Konsep dan Teori Keluarga : Konsep dan Realita Di Indonesia. , pp.1–16.
- Putri, R.D., 2009. *Hubungan Kejadian Kecacangan dan Pertumbuhan Anak Usia 24-59 Bulan di Kelurahan Timbang Langkat Kecamatan Binjai Timur*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Rahayu, F.S., 2009. *Hubungan Antara Jarak Kelahiran yang Dekat dengan Tingkat Perkembangan Anak Usia 1-3 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Andong Boyolali*.
- Rahayu, S.T. et al., 2013. Evaluasi Kualita Beberapa Genotipe Bayam (*Amaranthus sp*) Pada Penanaman Di Jawa Barat. , 12(2), pp.153–160.
- Rapar, V.L., Rompas, S. & Ismanto, A.Y., 2014. Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado. , pp.1–7.
- Razali, I., 2004. Strategi Pemberdayaan Masyarakat Pesisir dan Laut. *Pemberdayaan Komunitas*, 3, pp.61–68.
- Riset Kesehatan Dasar. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2007*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI, 2008.
- Riset Kesehatan Dasar. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2010*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI, 2011.
- Riset Kesehatan Dasar. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2013*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI, 2014.
- Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sulawesi Barat, 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Provinsi Sulawesi Barat Tahun 2013*,
- Santoso, S. & Ranti, A.L., 2009. *Kesehatan dan Gizi*, Rineka Cipta.
- Sartika, R.A.D., 2007. Analisis Pemanfaatan Program Pelayanan Kesehatan Status Gizi Balita. , pp.76–83.
- Setiadi, 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*, Surabaya: Graha Ilmu.
- Shihab, M.Q., 2009a. *Tafsir Al-Misbah : Pesan, Kesan dan Keserasian Al-Quran* Volume I., Jakarta: Lentera Hati.
- Shihab, M.Q., 2009b. *Tafsir Al-Misbah : Pesan, Kesan dan Keserasian Al-Quran* Volume 3., Jakarta: Lentera Hati.
- Shihab, M.Q., 2009c. *Tafsir Al-Misbah : Pesan, Kesan dan Keserasian Al-Quran* Volume 10., Jakarta: Lentera Hati.

- Shihab, M.Q., 2009d. *Tafsir Al-Misbah : Pesan, Kesan dan Keserasian Al-Quran* Volume 14., Jakarta: Lentera Hati.
- Shihab, M.Q., 2009e. *Tafsir Al-Misbah : Pesan, Kesan dan Keserasian Al-Quran* Volume 13., Jakarta.
- Shihab, M.Q., 2009f. *Tafsir Al-Misbah : Pesan, Kesan dan Keserasian Al-Quran* Volume 6., Jakarta.
- Sirajuddin et al., 2015. *Survei Konsumsi Pangan*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sitorus, H. & Ambarita, L.P., 2007. Gambaran Aksesibilitas Sarana Pelayanan Kesehatan di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Analisis Data Riskesdas 2007). , pp.24–30.
- Sundari, D., Almasyhuri & Lamid, A., 2015. Pengaruh Proses Pemasakan Terhadap Komposisi Zat Gizi Bahan Pangan Sumber Protein. , 25, pp.235–242.
- Supariasa, I.D.N., Bakri, B. & Fajar, I., 2002. *Penilaian Status Gizi*, Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Syarfaini, 2013. *Seputar Masalah Gizi dan Kesehatan Masyarakat*, Samata: Alauddin University Press.
- Syukriawati, R., 2011. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Kurang Pada Anak Usia 24-59 Bulan Di Kelurahan Pamulang Barat Kota Tangerang Selatan Tahun 2011*. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah.
- Triadi, D., 2003. Positive Deviance sebagai model perubahan sosial. *Jurnal Sosiologi SIGAI*, 5, pp.75–83.
- Tumbol, J., Mamuaya, T. & Losu, F.N., Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Yang Memiliki Anak Balita Ke Posyandu Kelurahan Lewet Kecamatan Amurang Timur Kabupaten Minahasa Selatan. , I, pp.52–61.
- Turnip, F., 2008. *Pengaruh “Positive Deviance” Pada Ibu dari keluarga Miskin Terhadap Status Gizi Anak Usia 12-24 Bulan Di Kecamatan Sidakalang Kabupaten Dairi*. Pascasarjana Universitas Sumatera Utara.
- Widyatun, 2004. *Ilmu Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Yudianti, 2010. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak yang Mengalami Penyimpangan Positif Usia 6-59 Bulan di Kecamatan Tinambuang Kabupaten Polman Provinsi Sulawesi Barat*. Universitas Gajah Mada.
- Zuldesni, 2007. “Positive Deviance”: Penyimpangan Positif Sebagai Model Dalam Mengatasi Masalah Gizi Buruk (Studi Pada Masyarakat Bungus Teluk Kabung Kota Padang). *Draft Artikel Ilmiah*. Available at: http://repository.unand.ac.id/4020/1/Zuldesni.S.Sos_Artikel.pdf.

Lampiran 1

KUESIONER PENELITIAN
FAKTOR-FAKTOR PENYIMPANGAN POSITIF (*Positive Deviance*) STATUS
GIZI BALITA (USIA 12-36 BULAN) PADA KELUARGA NELAYAN DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAMBUSUANG KECAMATAN
BALANIPA KABUPATEN POLEWALI MANDAR
TAHUN 2016

No. Responden	
Tgl Wawancara	

Identitas Anak Balita	
1.	Nama : _____
2.	Jenis Kelamin : 1 = Laki-Laki 2 = Perempuan
3.	Tanggal Lahir : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Umur : _____ Bulan
5.	Alamat : Kabupaten Polewali Mandar Kecamatan Balanipa Desa.....Dusun..... RT/RW.....
Identitas Orang Tua	
1.	Nama Ibu : _____
2.	Umur : _____
3.	Pendidikan Ibu : <input type="checkbox"/> Tidak Sekolah <input type="checkbox"/> SMP/Sederajat <input type="checkbox"/> Tidak Lulus SD <input type="checkbox"/> SMA/Sederajat <input type="checkbox"/> SD/Sederajat <input type="checkbox"/> Diploma/S1
Data Antropometri dan Kesehatan Anak Balita	
1.	Tanggal Pengukuran : Tanggal.....2016
2.	Berat Badan Anak Balita : _____ kg

Kejadian Diare		
1.	Apakah anak balita pernah mengalami buang air besar dengan konsistensi cair 3 kali atau lebih dalam sehari semalam (24 jam) pada dua minggu terakhir? 1= Ya 2 = Tidak	<input type="checkbox"/>
A. Pengetahuan Kesehatan dan Gizi Ibu		
1.	Apa yang dimaksud dengan anak balita sehat? a. Balita yang makannya lahap dan lincah b. Balita yang tubuhnya gemuk dan lincah c. Balita yang dapat beraktifitas d. Balita yang bebas dari penyakit dan ancaman kematian	<input type="checkbox"/>
2.	Apa tanda-tanda anak balita bila tidak sehat/sakit? a. Balita tampak kurus, lesu, malas dan cengeng b. Balita kurang nafsu makan c. Berat badan balita terus saja menurun d. Balita cengeng dan kurus	<input type="checkbox"/>
3.	Apakah yang dimaksud dengan makanan sehat dan bergizi? a. Makanan yang mengandung vitamin dan mineral b. Makanan yang bermanfaat dan memenuhi kebutuhan gizi tubuh c. Makanan dengan menu seimbang d. Makanan yang bebas dari bahan pengawet	<input type="checkbox"/>
4.	Bahan makanan apa yang menjadi sumber protein? a. Tahu, tempe, ikan dan daging b. Sayur-sayuran, tahu dan tempe c. Ikan dan daging d. Kacang-kacangan dan telur	<input type="checkbox"/>
5.	Jenis makanan apa yang mengandung sumber karbohidrat? a. Nasi, roti, mie, singkong, biskuit b. Daging, susu, tempe c. Tahu, telur dan daging d. Kacang-kacangan, jagung dan gandum	<input type="checkbox"/>
6.	Apa fungsi protein? a. Sebagai zat pembangun b. Sebagai zat tenaga c. Sebagai zat pengatur d. Sebagai zat pembentuk kekebalan tubuh	<input type="checkbox"/>

7.	<p>Apa manfaat dari karbohidrat?</p> <p>a. Untuk pertumbuhan</p> <p>b. Untuk penghasil energi atau tenaga</p> <p>c. Sebagai zat pembangun</p> <p>d. Sebagai makanan cadangan</p>	<input type="checkbox"/>
8.	<p>Apa manfaat ASI yang pertama kali keluar (kolostrum)?</p> <p>a. Untuk membersihkan sistem pencernaan bayi</p> <p>b. Mencegah diare pada bayi</p> <p>c. Zat kekebalan bagi bayi</p> <p>d. Membuat bayi menjadi gemuk</p>	<input type="checkbox"/>
9.	<p>ASI sebaiknya diberikan pada anak hingga umur berapa?</p> <p>a. 6 bulan</p> <p>b. > 6 bulan</p> <p>c. 1 tahun</p> <p>d. 2 tahun</p>	<input type="checkbox"/>
10.	<p>Apa manfaat menimbang anak balita setiap bulan di Posyandu?</p> <p>a. Untuk mengetahui status gizinya</p> <p>b. Untuk mengetahui kesehatannya</p> <p>c. Untuk mengetahui berat badannya</p> <p>d. Untuk mengetahui pertumbuhannya</p>	<input type="checkbox"/>
11.	<p>Kapan sebaiknya balita mulai diberikan makanan atau minuman selain ASI?</p> <p>a. Ketika balita umur 4 bulan (mulai tumbuh gigi)</p> <p>b. Ketika balita umur 6 bulan</p> <p>c. Ketika balita umur 1 tahun</p> <p>d. Ketika balita umur 2 tahun</p>	<input type="checkbox"/>
12.	<p>Berapa kali dalam setahun ,anak balita perlu mendapat kapsul vitamin A?</p> <p>a. Tidak Pernah</p> <p>b. Sekali setahun</p> <p>c. 2 kali setahun</p> <p>d. 2 > kali setahun</p>	<input type="checkbox"/>

B. Kebiasaan Pemberian Makan

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1.	Makanan pokok yang diberikan pada anak balita terdiri dari nasi, sayur dan lauk.				
2.	Saya mengolah sendiri makanan untuk anak.				
3.	Saya mengambilkan makanan sendiri untuk anak.				
4.	Pemberian makan untuk anak dilakukan secara teratur sesuai dengan jadwal makan.				
5.	Cara pengolahan yang saya lakukan dalam mengolah makanan untuk anak bervariasi (misal: direbus, digoreng atau dikukus).				
6.	Pola Makan anak yang diterapkan dalam sehari terdiri dari 3 kali makan utama (pagi, siang dan malam) serta 2 kali makanan selingan.				
7.	Saya menyuapi anak ketika makan.				
8.	Saya mengawasi dan mendampingi anak ketika makan.				
9.	Bila anak menghabiskan makanannya, saya biasanya memuji dan mencium anak.				
10.	Saya dibantu oleh anggota keluarga yang lain dalam memberikan makanan kepada anak.				
11.	Pada waktu membuat sayur untuk anak, bahan sayur saya cuci terlebih dahulu sebelum dipotong-potong.				

C. Kebiasaan Kebersihan Diri

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1.	Untuk menjaga kebersihan anak, saya memandikan anak dua kali dalam sehari.				
2.	Bila keramas anak balita menggunakan shampo.				
3.	Sebelum dan sesudah makan anak terlebih dahulu mencuci tangan dengan sabun.				
4.	Setelah BAB anak mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.				
5.	Bila anak sedang bermain diluar rumah, anak memakai alas kaki.				
6.	Saya membersihkan kuku anak setiap sekali seminggu.				
7.	Setiap habis makan, anak menggosok gigi.				
8.	Sebelum tidur, anak mencuci tangan dan kaki.				
9.	Saya menggantikan pakaian anak 2 kali sehari.				
10.	Kasur dan bantal anak dibersihkan/dijemur secara rutin setiap minggu.				

D. Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1.	Saya rutin membawa anak ke Posyandu untuk ditimbang.				
2.	Bila datang ke Posyandu, saya membawa KMS.				
3.	Bila anak mengalami gejala sakit seperti panas, batuk, pilek tetapi tetap bermain, maka saya tetap akan membawa anak berobat ke Puskesmas/RS.				

4.	Ketika anak sakit, saya membawa anak ke Puskesmas atau Bidan Desa.				
5.	Anak saya mendapatkan kapsul vitamin A pada bulan Februari dan Agustus.				
6.	Sewaktu hamil, saya rutin memeriksa kehamilan di pelayanan kesehatan.				
7.	Sewaktu melahirkan, saya ditolong tenaga kesehatan.				



Terima Kasih 😊

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

**Penelitian Mengenai Faktor-Faktor Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*)
Status Gizi Balita (Usia 12-59 Bulan) Pada Keluarga Nelayan Di Wilayah Kerja
Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar
Tahun 2016**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :tahun

Tanggal lahir :/...../19.....

Alamat : Desa/Dusun.....

Orang Tua Anak :

Bersedia dan mau berpartisipasi menjadi responden yang akan dilakukan oleh Endang Ayu Lestary, dari Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Demikian pernyataan ini kami buat untuk dapat digunakan seperlunya dan apabila dalam penetian ini ada perubahan/keberatan menjadi responden dapat mengajukan pengunduran diri.

Balanipa.....2017

Mengetahui/menyetujui,

Orang tua/wali anak

(.....)

Lampiran 2

Formulir Food Recall 24 Jam

Di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kec. Balanipa Kab. Polewali Mandar

No. Responden : BB :
Nama : Umur :
Jenis Kelamin : Recal Hari ke :

Waktu Makan	Nama Makanan	Bahan			Zat Gizi	
		Cara Pengolahan	Banyaknya		Energi (Kalori)	Protein (Gram)
			URT	Gram		
Pagi						
Siang						
Malam						

Keterangan :

URT : Ukuran Rumah Tangga, misalnya : piring, mangkok, sendok, gelas dll.

Lampiran 3

FORMULIR FOOD FREQUENCY QUESTIONNAIRE (FFQ)

Di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kec. Balanipa Kab. Polewali Mandar

No. Responden :

Nama :

Petunjuk : beri tanda check () pada kolom frekuensi berapa kali bahan makanan/makanan yang dikonsumsi.

Bahan Makanan/Makanan	Frekuensi Makan					
	> 1x/hr	1x/hr	3-6x/mg	1-2x/mg	2x/bln	Tidak Pernah
Protein Nabati						
1. Tempe						
2. Tahu						
3. Bayam						
4. Jagung						
5. Daun Kelor						
6. Buah Kelor						
7. Pisang						
8. Beras						
Protein Hewani						
1. Ikan dan Hasil Olahannya						
Ikan Segar						
Ikan Asin						
Pupuk						
2. Telur Ayam						
3. Telur Itik						

DOKUMENTASI PENELITIAN



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

Gambar 4. Pengumpulan Data (Kuesioner, Recall 24 Jam dan FFQ Kepada Responden



Gambar 5. Penimbangan Berat Badan Balita

Lampiran 5

FOOD FREQUENCY QUESTIONER (FFQ)
Di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar

Bahan Makanan/Makanan	> 1x/hr		1x/hr		3-6x/mg		1-2x/mg		2x/bln		Tidak Pernah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Protein Nabati												
1. Tempe	0	0	0	0	34	48,6	36	51,4	0	0	0	0
2. Tahu	0	0	0	0	13	18,6	27	38,6	10	14,3	20	28,6
3. Bayam	0	0	0	0	10	14,3	58	82,9	0	0	2	2,9
4. Jagung	0	0	0	0	3	4,3	16	22,9	3	4,3	48	68,6
5. Daun Kelor	0	0	0	0	7	10	50	71,4	0	0	13	18,6
6. Buah Kelor	0	0	0	0	10	14,3	24	34,3	0	0	36	51,4
7. Pisang	0	0	0	0	3	4,3	15	21,4	3	4,3	49	70
8. Beras	90	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Protein Hewani												
1. Ikan dan Hasil Olahannya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ikan Segar	63	90	0	0	5	7,1	0	0	0	0	2	2,9
Ikan Asin	0	0	0	0	4	5,7	2	2,9	7	10	57	81,4
Pupuk	0	0	0	0	5	7,1	24	34,3	0	0	41	58,6
2. Telur ayam	0	0	0	0	6	8,6	37	52,9	7	10	20	28,6
3. Telur Itik	0	0	2	2,9	14	20	0	0	0	0	54	77,1

HASIL *RECALL* 24 JAM ASUPAN ENERGI PADA KASUS

No.	Nama Balita	Nama Ibu	JK	Umur (bln)	BB	BB (AKG)	Status Gizi	Energi (AKG)	Konsumsi Energi			Rata-Rata	AKG Individu	Energi (%)	Kategori
									R1	R2	R1+R2				
1.	SA	SL	P	32bln	13,7	13	G. Baik	1125	950,5	1112,8	2063,3	1031,65	1185	87%	Cukup
2.	AR	SH	L	34bln	11,5	13	G. Baik	1125	961,6	641,8	1603,4	801,7	995,1	80%	Cukup
3.	ND	MD	P	32bln	11,1	13	G. Baik	1125	876,9	1374,3	2251,2	1125,6	960	117%	Cukup
4.	MA	HK	L	27bln	11,8	13	G. Baik	1125	723	838,4	1561,4	780,7	1021	76%	Kurang
5.	AM	KH	P	15 bln	9	13	G. Baik	1125	402,2	373,9	776,1	388,05	778	49%	Kurang
6.	MT	AG	P	24bln	9,5	13	G. Baik	1125	975	752,6	1727,6	863,8	822	105%	Cukup
7.	EG	SB	P	21bln	8,7	13	G. Baik	1125	658,2	582,5	1240,7	620,35	752	82%	Cukup
8.	HA	MS	P	20bln	9,7	13	G. Baik	1125	537,2	910,9	1448,1	724,05	839	86%	Cukup
9.	SA	KM	L	30bln	12,1	13	G. Baik	1125	927,6	944	1871,6	935,8	1047	89%	Cukup
10.	RF	NA	L	21bln	10	13	G. Baik	1125	584,6	944,4	1529	764,5	865	88%	Cukup
11.	HM	FM	P	14bln	8,2	13	G. Baik	1125	502,5	660,1	1162,6	581,3	709	81%	Cukup
12.	MF	FH	L	26bln	10,3	13	G. Baik	1125	1029	802,9	1831,9	915,95	891	102%	Cukup
13.	SN	HL	P	31bln	11,5	13	G. Baik	1125	957,5	744,6	1702,1	851,05	995	85%	Cukup
14.	MFY	RS	L	36bln	12,1	13	G. Baik	1125	881	919,1	1800,1	900,05	1047	85%	Cukup
15.	NA	NA	P	22bln	9,3	13	G. Baik	1125	473,7	636,4	1006,5	503,25	804	62%	Kurang
16.	AA	NP	L	22bln	10	13	G. Baik	1125	842	665,4	1507,4	753,7	865	87%	Cukup
17.	NS	HL	P	35bln	12	13	G. Baik	1125	879,1	961,9	1841	920,5	1038	88%	Cukup
18.	AS	SP	L	35bln	11,6	13	G. Baik	1125	978,4	761,3	1739,7	869,85	1003	86%	Cukup
19.	NQA	SA	P	25bln	12	13	G. Baik	1125	1123,3	900,6	2023,9	1011,9	1038	97%	Cukup
20.	SS	SP	L	24bln	10,8	13	G. Baik	1125	525,9	751,8	1277,7	638,85	934	68%	Kurang
21.	MA	NR	L	32bln	11,7	13	G. Baik	1125	578,4	539,1	1117,5	558,75	943	59%	Kurang
22.	MAL	NI	L	21bln	10,9	13	G. Baik	1125	992,5	710	1702,5	851,25	1012,5	84%	Cukup
23.	NA	HS	P	27bln	10	13	G. Baik	1125	637,4	833,7	1471,1	735,55	865	85%	Cukup
24.	NI	BA	P	32bln	11	13	G. Baik	1125	1150,4	789,7	1940,1	970,05	951	102%	Cukup
25.	SK	NSA	P	25bln	12,4	13	G. Baik	1125	812,7	973,8	1786,5	893,25	1073	83%	Cukup

26.	MI	SY	L	31bln	11,8	13	G. Baik	1125	956,8	894,9	1851,7	925,85	1021	90%	Cukup
27.	WS	MAM	P	36bln	12,4	13	G. Baik	1125	987,5	778,2	1765,7	882,85	1073	82%	Cukup
28.	SU	FT	P	27bln	10,4	13	G. Baik	1125	826,8	782,5	1609,3	804,65	900	89%	Cukup
29.	JF	PL	P	35bln	11,3	13	G. Baik	1125	776	870	1646	823	977	84%	Cukup
30.	MRM	SL	L	27bln	11,5	13	G. Baik	1125	940,4	745,7	1686,1	843,05	995	84%	Cukup
31.	MA	SLH	L	27bln	11,1	13	G. Baik	1125	891,8	552,1	1443,9	721,95	780	92%	Cukup
32.	NSA	NL	P	13bln	10	13	G. Baik	1125	734,6	427,5	1162,1	581,05	865	67%	Kurang
33.	NZZ	DV	P	25bln	10	13	G. Baik	1125	751,4	684	1435,4	717,7	865	82%	Cukup
34.	MH	MM	L	18bln	11	13	G. Baik	1125	982,7	609,2	1591,9	795,95	951	83%	Cukup
35.	MA	NR	L	27bln	11	13	G. Baik	1125	826,7	790,1	1616,8	808,4	951	85%	Cukup

HASIL *RECALL* 24 JAM ASUPAN ENERGI PADA KONTROL

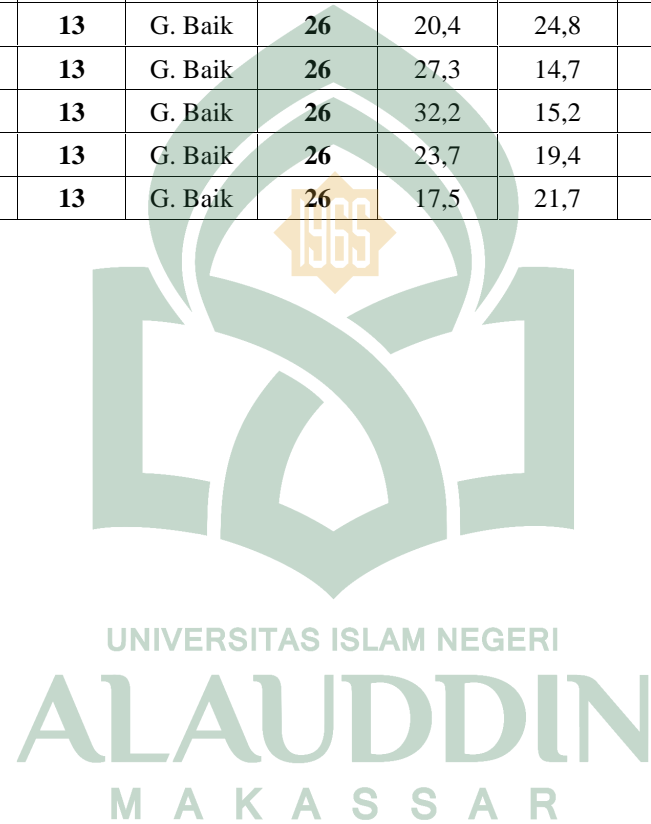
No.	Nama Balita	Nama Ibu	JK	Umur (bln)	BB	BB (AKG)	Status Gizi	Energi (AKG)	Kons. Energi			Rata-Rata	AKG Indv.	Energi (%)	Kategori
									R1	R2	R1+R2				
1.	AS	NHY	L	36	10,9	13	G.Krg	1125	836,5	495,3	1331,8	665,9	943,2	70%	Kurang
2.	NS	RP	P	22	8	13	G.Krg	1125	624,5	582,2	1206,7	603,35	692,3	87%	Cukup
3.	MI	SK	L	19	8,5	13	G.Krg	1125	443,9	789,2	1233,1	616,55	735,5	83%	Cukup
4.	MN	KS	L	27	10,1	13	G.Krg	1125	529,8	670,9	1200,7	600,35	874	68%	Kurang
5.	MF	MTI	L	25	9	13	G.Krg	1125	221	424,4	645,5	322,75	777,8	41%	Kurang
6.	AR	SN	P	29	9	13	G.Krg	1125	645,7	436,8	1082,5	541,25	778,8	69%	Kurang
7.	IK	TT	P	19	8,3	13	G.Krg	1125	333,5	277,6	611,1	305,35	718,2	42%	Kurang
8.	RW	RD	P	22	8	13	G.Krg	1125	404,2	619,3	1023,5	511,75	692,3	73%	Kurang
9.	SH	HS	L	31	10	13	G.Krg	1125	283,6	257	540,6	270,3	865,3	31%	Kurang
10.	SF	SR	P	22	8,4	13	G.Krg	1125	739,4	531	1270,4	635,2	726,9	87%	Cukup
11.	AS	JH	L	31	10	13	G.Krg	1125	568,4	595,2	1163,6	581,8	865,3	67%	Kurang
12.	IA	AT	L	14	7,8	13	G.Krg	1125	857,8	261,4	1119,2	559,6	675	82%	Cukup
13.	MA	JR	L	28	9,8	13	G.Krg	1125	723,3	581,1	1304,4	652,2	848	76%	Kurang
14.	TQ	IN	L	31	9,7	13	G.Krg	1125	576,8	466,5	1043,3	521,65	839	62%	Kurang
15.	ZZ	HP	P	21	8,2	13	G.Krg	1125	686	736,6	1422,6	711,3	709,6	100%	Cukup
16.	IM	SD	L	18	8,6	13	G.Krg	1125	379,9	477,5	857,4	428,7	744	57%	Kurang
17.	MAT	RS	L	33	10,8	13	G.Krg	1125	618,4	799,3	1417,7	708,85	934,6	75%	Kurang
18.	IW	MR	P	36	10,8	13	G.Krg	1125	500,7	740,2	1240,9	620,45	934,6	66%	Kurang
19.	MFI	FW	L	19	8,1	13	G.Krg	1125	929,2	337,1	1266,3	633,15	700	90%	Cukup
20.	FA	RB	P	32	10,2	13	G.Krg	1125	709,9	867,2	1577,1	788,55	882	89%	Cukup
21.	AD	RS	L	24	9,2	13	G.Krg	1125	782,4	589,2	1371,6	685,8	796	86%	Cukup
22.	BD	BD	L	25	9,8	13	G.Krg	1125	809,9	725,5	1535,4	767,7	848	90%	Cukup
23.	HS	HS	L	14	7,8	13	G.Krg	1125	36,8	509,2	746	373	675	55%	Kurang

24.	HN	SN	P	27	9,5	13	G.Krg	1125	734,7	874,6	1609,3	804,65	822	97%	Cukup
25.	AS	FT	L	29	9,4	13	G.Krg	1125	219,2	796,8	1016	508	813	62%	Kurang
26.	MLH	SB	L	32	9,7	13	G.Krg	1125	214,5	535,3	749,8	374,9	839	44%	Kurang
27.	MAM	NS	L	32	10,8	13	G.Krg	1125	877,4	690,6	1568,3	784,15	934	83%	Cukup
28.	HM	NR	P	36	10,4	13	G.Krg	1125	1026,8	828,2	1855	927,5	900	103%	Cukup
29.	MAW	RS	L	36	10,9	13	G.Krg	1125	615	923,1	1538,1	769,05	943	81%	Cukup
30.	NSI	FT	P	32	9,3	13	G.Krg	1125	597,8	730,1	1327,9	663,95	804	82%	Cukup
31.	RW	NP	P	36	10,2	13	G.Krg	1125	578,1	532,8	1110,9	555,45	882	62%	Kurang
32.	BK	SK	P	30	9,1	13	G.Krg	1125	801,9	686,5	1488,4	744,2	787,5	94%	Cukup
33.	SK	HS	P	31	9,7	13	G.Krg	1125	733	740,5	1473,5	736,75	839	87%	Cukup
34.	DN	JM	L	25	9	13	G.Krg	1125	624,1	783	1407,1	703,55	778	90	Cukup
35.	FN	SR	P	26	8,7	13	G.Krg	1125	457	398,7	855,7	427,85	752	56%	Kurang

HASIL *RECALL* 24 JAM ASUPAN PROTEIN PADA KASUS

No.	Nama Balita	Nama Ibu	JK	Umur (bln)	BB	BB (AKG)	Status Gizi	Protein (AKG)	Konsumsi Protein			Rata-Rata	AKG Indiv.	Protein (%)	Kategori
									R1	R2	R1+R2				
1.	SA	SL	P	32bln	13,7	13	G. Baik	26	26,9	31,4	58,3	29,15	27,4	106%	Cukup
2.	AR	SH	L	34bln	11,5	13	G. Baik	26	16,6	30,9	47,5	23,6	23	102%	Cukup
3.	ND	MD	P	32bln	11,1	13	G. Baik	26	11,8	17,3	29,1	14,55	22,2	65%	Kurang
4.	MA	HK	L	27bln	11,8	13	G. Baik	26	27,5	18,6	46,1	23,05	23,6	97%	Cukup
5.	AM	KH	P	15 bln	9	13	G. Baik	26	22,8	17,1	39,9	19,95	18	110%	Cukup
6.	MT	AG	P	24bln	9,5	13	G. Baik	26	10,9	21,5	32,4	16,2	19	85%	Cukup
7.	EG	SB	P	21bln	8,7	13	G. Baik	26	19,4	20,95	40,35	20,175	17,4	115%	Cukup
8.	HA	MS	P	20bln	9,7	13	G. Baik	26	13,7	22	35,7	17,85	19,4	92%	Cukup
9.	SA	KM	L	30bln	12,1	13	G. Baik	26	32,7	33,1	65,8	32,9	24,2	135%	Cukup
10.	RF	NA	L	21bln	10	13	G. Baik	26	23,6	18,8	42,4	21,2	20	106%	Cukup
11.	HM	FM	P	14bln	8,2	13	G. Baik	26	7,5	5,9	13,4	6,7	16,4	40%	Kurang
12.	MF	FH	L	26bln	10,3	13	G. Baik	26	22,9	26,2	49,1	24,55	20,6	119%	Cukup
13.	SN	HL	P	31bln	11,5	13	G. Baik	26	19,1	14,7	33,8	16,9	23	73%	Kurang
14.	MFY	RS	L	36bln	12,1	13	G. Baik	26	34,2	19,15	53,35	26,675	24,2	110%	Cukup
15.	NA	NA	P	22bln	9,3	13	G. Baik	26	19,1	11,9	31	15,5	18,6	83%	Cukup
16.	AA	NP	L	22bln	10	13	G. Baik	26	20,35	27	47,35	23,67	20	118%	Cukup
17.	NS	HL	P	35bln	12	13	G. Baik	26	21,3	27,34	48,64	24,32	24	101%	Cukup
18.	AS	SP	L	35bln	11,6	13	G. Baik	26	33,1	21,2	54,3	27,15	23,2	117%	Cukup
19.	NQA	SA	P	25bln	12	13	G. Baik	26	18,2	25,8	44	22	24	91%	Cukup
20.	SS	SP	L	24bln	10,8	13	G. Baik	26	18	16,4	35,4	17,7	21,6	81%	Cukup
21.	MA	NR	L	32bln	11,7	13	G. Baik	26	28,3	24,2	52,5	26,25	23,4	112%	Cukup
22.	MAL	NI	L	21bln	10,9	13	G. Baik	26	24,7	21,4	46,1	23,05	21,8	105%	Cukup
23.	NA	HS	P	27bln	10	13	G. Baik	26	24	22,6	46,4	23,3	20	116%	Cukup
24.	NI	BA	P	32bln	11	13	G. Baik	26	26	18,8	44,8	22,4	22	101%	Cukup
25.	SK	NSA	P	25bln	12,4	13	G. Baik	26	23,3	16,4	39,7	19,85	24,8	80%	Cukup

26.	MI	SY	L	31bln	11,8	13	G. Baik	26	28,2	20,1	48,3	24,15	23,6	102%	Cukup
27.	WS	MAM	P	36bln	12,4	13	G. Baik	26	31,3	19,7	51	25,5	24,8	102%	Cukup
28.	SU	FT	P	27bln	10,4	13	G. Baik	26	15,8	14,6	30,4	15,2	23,2	65%	Kurang
29.	JF	PL	P	35bln	11,3	13	G. Baik	26	28,9	18,95	47,85	23,92	22,6	105%	Cukup
30.	MRM	SL	L	27bln	11,5	13	G. Baik	26	27,5	18,8	46,3	23,15	23	100%	Cukup
31.	MA	SLH	L	27bln	11,1	13	G. Baik	26	20,4	24,8	45,2	22,6	22,2	101%	Cukup
32.	NSA	NL	P	13bln	10	13	G. Baik	26	27,3	14,7	42	21	20	105%	Cukup
33.	NZZ	DV	P	25bln	10	13	G. Baik	26	32,2	15,2	47,4	23,7	20	118%	Cukup
34.	MH	MM	L	18bln	11	13	G. Baik	26	23,7	19,4	43,15	21,57	22	98%	Cukup
35.	MA	NR	L	27bln	11	13	G. Baik	26	17,5	21,7	39,2	19,6	22	89%	Cukup



HASIL *RECALL* 24 JAM ASUPAN PROTEIN PADA KONTROL

No.	Nama Balita	Nama Ibu	JK	Umur (bln)	BB	BB (AKG)	Status Gizi	Protein (AKG)	Konsumsi Protein			Rata-Rata	AKG Indv.	Protein (%)	Kategori
									R1	R2	R1+R2				
1.	AS	NHY	L	36	10,9	13	G.Krg	26	19,7	27	46,7	23,35	21,8	107%	Cukup
2.	NS	RP	P	22	8	13	G.Krg	26	9,7	14,1	23,8	11,9	16	74%	Kurang
3.	MI	SK	L	19	8,5	13	G.Krg	26	18,4	19,2	37,6	18,8	17	110%	Cukup
4.	MN	KS	L	27	10,1	13	G.Krg	26	23,3	17,7	40,9	20,45	20,2	101%	Cukup
5.	MF	MTI	L	25	9	13	G.Krg	26	14,1	15,1	29,2	14,6	18	81%	Cukup
6.	AR	SN	P	29	9	13	G.Krg	26	18,2	9,9	28,1	14,05	18	78%	Kurang
7.	IK	TT	P	19	8,3	13	G.Krg	26	11,9	13,7	25,6	12,8	16,6	77%	Kurang
8.	RW	RD	P	22	8	13	G.Krg	26	26,1	8,6	34,7	17,35	16	108%	Cukup
9.	SH	HS	L	31	10	13	G.Krg	26	10	12,9	22,9	11,45	20	57%	Kurang
10.	SF	SR	P	22	8,4	13	G.Krg	26	12,2	13,9	26,1	13,05	16,8	77%	Kurang
11.	AS	JH	L	31	10	13	G.Krg	26	11,3	19,5	30,8	15,4	20	77%	Kurang
12.	IA	AT	L	14	7,8	13	G.Krg	26	11,1	12,3	23,4	11,7	15,6	75%	Kurang
13.	MA	JR	L	28	9,8	13	G.Krg	26	17	12,1	29,1	14,55	19,6	74%	Kurang
14.	TQ	IN	L	31	9,7	13	G.Krg	26	16,9	16,3	33,2	16,6	19,4	85%	Cukup
15.	ZZ	HP	P	21	8,2	13	G.Krg	26	11,7	20,2	31,9	15,95	16,4	97%	Cukup
16.	IM	SD	L	18	8,6	13	G.Krg	26	15,4	15,3	30,7	15,35	17,2	89%	Cukup
17.	MAT	RS	L	33	10,8	13	G.Krg	26	23,1	17	30,1	20,05	21,6	92%	Cukup
18.	IW	MR	P	36	10,8	13	G.Krg	26	20,2	26,4	46,6	23,3	21,6	107%	Cukup
19.	MFI	FW	L	19	8,1	13	G.Krg	26	11,5	11,1	22,6	11,3	16,2	69%	Kurang
20.	FA	RB	P	32	10,2	13	G.Krg	26	15,5	25,6	41,1	20,55	20,4	100%	Cukup
21.	AD	RS	L	24	9,2	13	G.Krg	26	14,3	21,3	35,6	17,8	18,4	96	Cukup
22.	BD	BD	L	25	9,8	13	G.Krg	26	10,9	15,1	26	13	19,6	66%	Kurang
23.	HS	HS	L	14	7,8	13	G.Krg	26	12,3	10,4	22,7	11,35	15,6	72%	Kurang

24.	HN	SN	P	27	9,5	13	G.Krg	26	21,7	14,8	36,5	18,25	19	96%	Cukup
25.	AS	FT	L	29	9,4	13	G.Krg	26	14,6	11,1	25,7	12,85	18,8	68%	Kurang
26.	MLH	SB	L	32	9,7	13	G.Krg	26	19,2	7,7	26,9	13,45	19,4	69%	Kurang
27.	MAM	NS	L	32	10,8	13	G.Krg	26	22,5	20	42,5	21,25	21,6	98%	Cukup
28.	HM	NR	P	36	10,4	13	G.Krg	26	14,1	10	24,1	12,05	20,8	57%	Kurang
29.	MAW	RS	L	36	10,9	13	G.Krg	26	18,8	21,4	40,2	20,1	21,8	92%	Cukup
30.	NSI	FT	P	32	9,3	13	G.Krg	26	16,2	17,6	33,8	16,9	18,6	90%	Cukup
31.	RW	NP	P	36	10,2	13	G.Krg	26	13,1	14,5	27,6	13,8	20,4	67%	Kurang
32.	BK	SK	P	30	9,1	13	G.Krg	26	19	24,5	43,5	21,75	18,2	119%	Cukup
33.	SK	HS	P	31	9,7	13	G.Krg	26	13,5	10,1	23,6	11,8	19,4	60%	Kurang
34.	DN	JM	L	25	9	13	G.Krg	26	22,5	18,6	41,1	20,55	18	114%	Cukup
35.	FN	SR	P	26	8,7	13	G.Krg	26	11,6	13,3	24,9	12,45	17,3	71%	Kurang

Tests of Normality^{b,c}

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan (kasus)	.524	35	.000	.372	35	.000
Pengetahuan (kontrol)	.360	35	.000	.635	35	.000
Kejadian diare (kasus)	.489	35	.000	.491	35	.000
kejadian diare (kontrol)	.390	35	.000	.623	35	.000
Kebiasaan pemberian makan (kasus)	.524	35	.000	.372	35	.000
Kebiasaan pemberian makan (kontrol)	.419	35	.000	.601	35	.000
Kebiasaan kebersihan diri (kasus)	.476	35	.000	.521	35	.000
Kebiasaan kebersihan diri (kontrol)	.433	35	.000	.586	35	.000
Asupan energi (kasus)	.502	35	.000	.458	35	.000
Asupan energi (kontrol)	.345	35	.000	.637	35	.000
Asupan protein (kasus)	.524	35	.000	.372	35	.000
Asupan protein (kontrol)	.345	35	.000	.637	35	.000

a. Lilliefors Significance Correction

b. Kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan (kasus) is constant. It has been omitted.

c. Kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan (kontrol) is constant. It has been omitted.

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

PENGETAHUAN

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.621	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	32.53	19.292	.489	.610
VAR00002	32.63	16.654	.450	.625
VAR00003	32.73	19.099	.390	.670

VAR00004	32.70	24.148	.545	.630
VAR00005	32.13	17.361	.498	.590
VAR00006	33.27	18.892	.321	.579
VAR00007	32.47	21.430	.374	.692
VAR00008	31.87	16.326	.315	.587
VAR00009	31.97	18.585	.457	.698
VAR00010	32.33	18.713	.298	.675
VAR00011	32.90	16.093	.547	.623
VAR00012	31.63	18.033	.412	.673
VAR00013	31.63	19.757	.319	.595

Reliability

KEBIASAAN PEMBERIAN MAKAN

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
MAKASSAR

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.518	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	36.33	23.333	.267	.515
VAR00002	36.77	22.806	.478	.513
VAR00003	36.37	22.309	.561	.486
VAR00004	36.70	21.321	.367	.467
VAR00005	36.93	20.685	.347	.454
VAR00006	37.37	20.516	.349	.451
VAR00007	38.03	22.171	.219	.523
VAR00008	36.53	23.913	.109	.537
VAR00009	37.03	20.516	.231	.488
VAR00010	36.40	21.559	.374	.465
VAR00011	36.97	21.620	.457	.491
VAR00012	37.80	21.545	.412	.509
VAR00013	36.77	23.771	.390	.555

Reliability

KEBIASAAN KEBERSIHAN DIRI

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.719	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	37.33	30.989	.412	.717
VAR00002	36.73	34.064	.127	.721
VAR00003	37.47	26.395	.591	.663

VAR00004	37.50	29.293	.419	.692
VAR00005	37.87	26.120	.642	.656
VAR00006	37.97	27.757	.448	.686
VAR00007	38.10	29.472	.333	.704
VAR00008	37.63	34.309	.390	.749
VAR00009	38.37	26.723	.506	.676
VAR00010	37.13	33.154	.590	.726
VAR00011	36.90	31.817	.325	.706
VAR00012	36.90	33.955	.245	.726
VAR00013	38.10	27.128	.535	.673

Reliability

KEBIASAAN PEMANFAATAN PELAYANAN

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
MAKASSAR

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.673	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	20.73	6.616	.323	.678
VAR00002	20.77	5.978	.356	.777
VAR00003	21.37	7.826	.567	.679
VAR00004	20.50	8.603	.546	.621
VAR00005	21.07	6.823	.408	.690
VAR00006	20.50	6.741	.395	.790
VAR00007	20.87	4.878	.436	.731

Kelompok Kasus

Tabel 4.20 Distribusi Balita Berdasarkan Pengetahuan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016

No.	Pengetahuan Ibu	Kriteria	n	%
1.	Apa yang dimaksud dengan anak balita sehat?	a. Balita yang makannya lahap dan lincah b. Balita yang tubuhnya gemuk dan lincah c. Balita yang dapat beraktifitas d. Balita yang bebas dari penyakit dan ancaman kematian	15 2 9 9	42,9 5,7 25,7 25,7
2.	Apa tanda-tanda anak balita bila tidak sehat/sakit?	a. Balita tampak kurus, lesu, malas dan cengeng b. Balita kurang nafsu makan c. Berat badan balita terus saja menurun d. Balita cengeng dan kurus	22 3 10 0	62,9 8,6 28,6 0
3.	Apakah yang dimaksud dengan makanan sehat dan bergizi?	a. Makanan yang mengandung vitamin dan mineral b. Makanan yang bermanfaat dan memenuhi kebutuhan gizi tubuh c. Makanan dengan menu seimbang d. Makanan yang bebas dari bahan pengawet	14 7 10 4	40 20 28,6 11,4
4.	Bahan makanan apa yang menjadi sumber protein?	a. Tahu, tempe, ikan dan daging b. Sayur-sayuran, tahu dan tempe c. Ikan dan daging d. Kacang-kacangan dan telur	25 5 4 1	71,4 14,3 11,4 2,9
5.	Jenis makanan apa yang mengandung sumber karbohidrat?	a. Nasi, roti, mie, singkong, biskuit b. Daging, susu, tempe c. Tahu, telur dan daging d. Kacang-kacangan, jagung dan gandum	28 5 0 2	80 14,3 0 5,7
6.	Apa fungsi protein?	a. Sebagai zat pembangun b. Sebagai zat tenaga c. Sebagai zat pengatur d. Sebagai zat pembentuk kekebalan tubuh	15 6 0 14	42,9 17,1 0 40
7.	Apa manfaat dari karbohidrat?	a. Untuk pertumbuhan b. Untuk penghasil energi atau tenaga c. Sebagai zat pembangun d. Sebagai makanan cadangan	10 21 3 1	28,6 60 8,6 2,9
8.	Apa manfaat ASI yang pertama kali keluar (kolostrum)?	a. Untuk membersihkan sistem pencernaan bayi b. Mencegah diare pada bayi c. Zat kekebalan bagi bayi d. Membuat bayi menjadi gemuk	3 0 32 0	8,6 0 91,4 0
9.	ASI sebaiknya diberikan pada anak hingga umur berapa?	a. 6 bulan b. > 6 bulan c. 1 tahun d. 2 tahun	9 2 0 24	25,7 5,7 0 68,6

10.	Apa manfaat menimbang anak balita setiap bulan di Posyandu?	a. Untuk mengetahui status gizinya b. Untuk mengetahui kesehatannya c. Untuk mengetahui berat badannya d. Untuk mengetahui pertumbuhannya	3 5 8 19	8,6 14,3 22,9 54,3
11.	Kapan sebaiknya balita mulai diberikan makanan atau minuman selain ASI?	a. Ketika balita umur 4 bulan (mulai tumbuh gigi) b. Ketika balita umur 6 bulan c. Ketika balita umur 1 tahun d. Ketika balita umur 2 tahun	1 30 0 4	2,9 85,7 0 11,4
12.	Berapa kali dalam setahun ,anak balita perlu mendapat kapsul vitamin A?	a. Tidak Pernah b. Sekali setahun c. 2 kali setahun d. 2 > kali setahun	0 3 28 4	0 8,6 80 11,4

Kelompok Kasus

Tabel 4.21 Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Pemberian Makan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balaupada Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016

No.	Kebiasaan Pemberian Makan	Kriteria	n	%
1.	Makanan pokok yang diberikan pada anak balita terdiri dari nasi, sayur dan lauk.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 6 22 7	0 17,1 62,9 20
2.	Saya mengolah sendiri makanan untuk anak.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 4 3 28	0 11,4 8,6 80
3.	Saya mengambilkan makanan sendiri untuk anak	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 3 3 29	0 8,6 8,6 82,9
4.	Pemberian makan untuk anak dilakukan secara teratur sesuai dengan jadwal makan.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	1 13 7 14	2,9 37,9 20 40
5.	Cara pengolahan yang saya lakukan dalam mengolah makanan untuk anak bervariasi (misal:direbus, digoreng atau dikukus).	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	3 22 4 6	8,6 62,9 11,4 17,1
6.	Pola Makan anak yang diterapkan dalam sehari terdiri dari 3 kali makan utama (pagi, siang dan malam) serta 2 kali makanan selingan.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	1 15 11 8	2,9 42,9 31,4 22,9

7.	Saya menyuapi anak ketika makan.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	3 15 2 15	8,6 42,9 5,7 42,9
8.	Saya mengawasi dan mendampingi anak ketika makan.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 2 6 27	0 5,7 17,1 77,1
9.	Bila anak menghabiskan makanannya, saya biasanya memuji dan mencium anak.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	1 12 9 13	2,9 34,3 25,7 37,1
10.	Saya dibantu oleh anggota keluarga yang lain dalam memberikan makanan kepada anak.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	7 15 5 8	20 42,9 14,3 22,9
11.	Pada waktu membuat sayur untuk anak, bahan sayur saya cuci terlebih dahulu sebelum dipotong-potong.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	30 3 1 1	85,7 8,6 2,9 2,

Kelompok Kasus

Tabel 4.22 Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Kebersihan Diri di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016

No.	Kebiasaan Kebersihan Diri	Kriteria	n	%
1.	Untuk menjaga kebersihan anak, saya memandikan anak dua kali dalam sehari.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 6 2 27	0 17,1 5,7 77,1
2.	Bila keramas anak balita menggunakan shampo	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	2 8 9 17	5,7 22,9 22,9 48,6
3.	Sebelum dan sesudah makan anak terlebih dahulu mencuci tangan dengan sabun.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	16 17 1 1	45,7 48,6 2,9 2,9
4.	Setelah BAB anak mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	30 4 0 1	85,7 11,4 0 2,9
5.	Bila anak sedang bermain diluar rumah, anak memakai alas kaki.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	1 13 3 18	2,9 37,1 8,6 51,4

6.	Saya membersihkan kuku anak setiap sekali seminggu.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 9 5 21	0 25,7 14,3 60
7.	Setiap habis makan, anak menggosok gigi.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	10 14 3 8	28,6 40 8,6 22,9
8.	Sebelum tidur, anak mencuci tangan dan kaki.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	3 10 3 19	8,6 28,6 8,6 54,3
9.	Saya menggantikan pakaian anak 2 kali sehari.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 0 2 33	0 0 5,7 94,3
10.	Kasur dan bantal anak dibersihkan/dijemur secara rutin setiap minggu.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	25 9 1 0	71,4 25,7 2,9 0

Kelompok Kasus

Tabel 4.23 Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016

No.	Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan	Kriteria	n	%
1.	Saya rutin membawa anak ke Posyandu untuk ditimbang.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 2 0 33	0 5,7 0 94,3
2.	Bila datang ke Posyandu, saya membawa KMS.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 0 1 34	0 0 2,9 97,1
3.	Bila anak mengalami gejala sakit seperti panas, batuk, pilek tetapi tetap bermain, maka saya tetap akan membawa anak berobat ke Puskesmas/RS.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 2 1 32	0 5,7 2,9 91,4
4.	Ketika anak sakit, saya membawa anak ke Puskesmas atau Bidan Desa.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 0 4 31	0 0 11,4 88,6

5.	Anak saya mendapatkan kapsul vitamin A pada bulan Februari dan Agustus.	1. Tidak Pernah	0	0
		2. Kadang-kadang	1	2,9
		3. Sering	1	2,9
		4. Selalu	33	94,3
6.	Sewaktu hamil, saya rutin memeriksa kehamilan di pelayanan kesehatan.	1. Tidak Pernah	0	0
		2. Kadang-kadang	0	0
		3. Sering	3	8,6
		4. Selalu	32	91,4
7.	Sewaktu melahirkan, saya ditolong tenaga kesehatan.	1. Tidak Pernah	0	0
		2. Kadang-kadang	0	0
		3. Sering	0	0
		4. Selalu	35	100



Kelompok Kontrol

Tabel 4.24 Distribusi Balita Berdasarkan Pengetahuan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016

No.	Pengetahuan Ibu	Kriteria	n	%
1.	Apa yang dimaksud dengan anak balita sehat?	a. Balita yang makannya lahap dan lincah b. Balita yang tubuhnya gemuk dan lincah c. Balita yang dapat beraktifitas d. Balita yang bebas dari penyakit dan ancaman kematian	23 2 8 2	65,7 5,7 22,9 5,7
2.	Apa tanda-tanda anak balita bila tidak sehat/sakit?	a. Balita tampak kurus, lesu, malas dan cengeng b. Balita kurang nafsu makan c. Berat badan balita terus saja menurun d. Balita cengeng dan kurus	0 9 10 16	0 25,7 28,6 45,7
3.	Apakah yang dimaksud dengan makanan sehat dan bergizi?	a. Makanan yang mengandung vitamin dan mineral b. Makanan yang bermanfaat dan memenuhi kebutuhan gizi tubuh c. Makanan dengan menu seimbang d. Makanan yang bebas dari bahan pengawet	11 2 7 15	31,4 5,7 20 42,9
4.	Bahan makanan apa yang menjadi sumber protein?	a. Tahu, tempe, ikan dan daging b. Sayur-sayuran, tahu dan tempe c. Ikan dan daging d. Kacang-kacangan dan telur	22 10 2 1	62,9 28,6 5,7 2,9
5.	Jenis makanan apa yang mengandung sumber karbohidrat?	a. Nasi, roti, mie, singkong, biscuit b. Daging, susu, tempe c. Tahu, telur dan daging d. Kacang-kacangan, jagung dan gandum	16 2 8 9	45,7 5,7 22,9 25,7
6.	Apa fungsi protein?	a. Sebagai zat pembangun b. Sebagai zat tenaga c. Sebagai zat pengatur d. Sebagai zat pembentuk kekebalan tubuh	9 7 0 19	25,7 20 0 54,3
7.	Apa manfaat dari karbohidrat?	a. Untuk pertumbuhan b. Untuk penghasil energi atau tenaga c. Sebagai zat pembangun d. Sebagai makanan cadangan	16 14 3 2	45,7 40 8,6 5,7
8.	Apa manfaat ASI yang pertama kali keluar (kolostrum)?	a. Untuk membersihkan sistem pencernaan bayi b. Mencegah diare pada bayi c. Zat kekebalan bagi bayi d. Membuat bayi menjadi gemuk	2 0 32 1	5,7 0 91,4 2,9
9.	ASI sebaiknya diberikan pada anak hingga umur berapa?	a. 6 bulan b. > 6 bulan c. 1 tahun d. 2 tahun	16 0 1 18	45,7 0 2,9 51,4

10.	Apa manfaat menimbang anak balita setiap bulan di Posyandu?	a. Untuk mengetahui status gizinya b. Untuk mengetahui kesehatannya c. Untuk mengetahui berat badannya d. Untuk mengetahui pertumbuhannya	2 9 11 13	5,7 25,7 31,4 37,1
11.	Kapan sebaiknya balita mulai diberikan makanan atau minuman selain ASI?	a. Ketika balita umur 4 bulan (mulai tumbuh gigi) b. Ketika balita umur 6 bulan c. Ketika balita umur 1 tahun d. Ketika balita umur 2 tahun	7 21 0 7	20 60 0 20
12.	Berapa kali dalam setahun ,anak balita perlu mendapat kapsul vitamin A?	a. Tidak Pernah b. Sekali setahun c. 2 kali setahun d. 2 > kali setahun	3 0 22 10	8,6 0 62,9 28,6

Kelompok Kontrol

Tabel 4.25 Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Pemberian Makan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balaupada Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016

No.	Kebiasaan Pemberian Makan	Kriteria	n	%
1.	Makanan pokok yang diberikan pada anak balita terdiri dari nasi, sayur dan lauk.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 18 15 2	0 51,4 42,9 5,7
2.	Saya mengolah sendiri makanan untuk anak.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 5 5 25	0 14,3 14,3 71,4
3.	Saya mengambilkan makanan sendiri untuk anak	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 5 5 25	0 14,3 14,3 71,4
4.	Pemberian makan untuk anak dilakukan secara teratur sesuai dengan jadwal makan.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	2 23 9 1	5,7 65,7 25,7 2,9
5.	Cara pengolahan yang saya lakukan dalam mengolah makanan untuk anak bervariasi (misal: direbus, digoreng atau dikukus).	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	16 15 4 0	45,7 42,9 11,4 0
6.	Pola Makan anak yang diterapkan dalam sehari terdiri dari 3 kali makan utama (pagi, siang dan malam) serta 2 kali makanan selingan.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 18 16 1	0 51,4 45,7 2,9
7.	Saya menyuapi anak ketika makan.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	2 15 6 12	5,7 42,9 17,1 34,3

8.	Saya mengawasi dan mendampingi anak ketika makan.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 6 7 22	0 17,1 20 62,9
9.	Bila anak menghabiskan makanannya, saya biasanya memuji dan mencium anak.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	5 14 10 6	14,3 40 28,6 17,1
10.	Saya dibantu oleh anggota keluarga yang lain dalam memberikan makanan kepada anak.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	7 15 9 4	20 42,9 25,7 11,4
11.	Pada waktu membuat sayur untuk anak, bahan sayur saya cuci terlebih dahulu sebelum dipotong-potong.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	35 0 0 0	100 0 0 0

Kelompok Kontrol

Tabel 4.26 Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Kebersihan Diri di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016

No.	Kebiasaan Kebersihan Diri	Kriteria	n	%
1.	Untuk menjaga kebersihan anak, saya memandikan anak dua kali dalam sehari.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 6 6 23	0 17,1 17,1 65,7
2.	Bila keramas anak balita menggunakan shampo	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 17 10 8	0 48,6 28,6 22,9
3.	Sebelum dan sesudah makan anak terlebih dahulu mencuci tangan dengan sabun.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	23 11 1 0	65,7 31,4 2,9 0
4.	Setelah BAB anak mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir	1.Tidak Pernah 2.Kadang-kadang 3.Sering 4.Selalu	33 2 0 0	94,3 5,7 0 0
5.	Bila anak sedang bermain diluar rumah, anak memakai alas kaki.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	5 15 8 7	14,3 42,9 22,9 20
6.	Saya membersihkan kuku anak setiap sekali seminggu.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 11 11 13	0 31,4 31,4 37,1

7.	Setiap habis makan, anak menggosok gigi.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	18 9 5 3	51,4 25,7 14,3 8,6
8.	Sebelum tidur, anak mencuci tangan dan kaki.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	8 22 2 3	22,9 62,9 5,7 8,6
9.	Saya menggantikan pakaian anak 2 kali sehari.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 0 4 31	0 0 11,4 88,6
10.	Kasur dan bantal anak dibersihkan/dijemur secara rutin setiap minggu.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	34 1 0 0	97,1 2,9 0 0

Kelompok Kontrol

Tabel 4.27 Distribusi Balita Berdasarkan Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016

No.	Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan	Kriteria	n	%
1.	Saya rutin membawa anak ke Posyandu untuk ditimbang.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 2 1 32	0 5,7 2,9 91,4
2.	Bila datang ke Posyandu, saya membawa KMS.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	2 0 4 29	5,7 0 11,4 82,9
3.	Bila anak mengalami gejala sakit seperti panas, batuk, pilek tetapi tetap bermain, maka saya tetap akan membawa anak berobat ke Puskesmas/RS.	1.Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 9 13 13	0 25,7 37,1 37,1
4.	Ketika anak sakit, saya membawa anak ke Puskesmas atau Bidan Desa.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	0 1 10 24	0 2,9 28,6 68,6
5.	Anak saya mendapatkan kapsul vitamin A pada bulan Februari dan Agustus.	1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	1 4 6 24	2,9 11,4 17,1 68,6
	Sewaktu hamil, saya rutin memeriksa kehamilan di pelayanan kesehatan.	1.Tidak Pernah 2.Kadang-kadang 3.Sering 4.Selalu	0 1 4 30	0 2,9 11,4 85,7

6.	Sewaktu melahirkan, saya ditolong tenaga kesehatan.	1.Tidak Pernah	0	0
		2. Kadang-kadang	0	0
		3. Sering	1	2,9
		4. Selalu	34	97,1



Nomor : B/773 /Un.06.2/FKIK/ PP.00.9/12/2016 Samata-Gowa, 09 Desember 2016
Lamp : -
Hal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Kepala Kesbang Pol Provinsi Sulbar

di-
Mamuju

Assalamu 'alaikum wr wb

Sehubungan dengan penyelesaian Skripsi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan rekomendasi kepada mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

Nama : Endang Ayu Lestari

NIM : 70200112046

Program Studi/Peminatan: Kesehatan Masyarakat/Gizi

Judul Penelitian : Faktor-faktor Penyimpangan Positif (positive deviance) Status Gizi Balita (Usia 12-59 Bulan) pada Keluarga Nelayan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kec. Balanipa Kab. Polewali Mandar Tahun 2016

Dosen Pembimbing : 1. Hj. Dwi Santy Damayati, SKM, M.Kes
2. Nurdianah, SKM, M.PH.

untuk melakukan penelitian.

Demikian harapan kami, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Wassalam

Gowa, 09 Desember 2016


Dr. dr. H. Andi Armyrn Nurdin, M.Sc.
NIP. 19550203 198312 1 001

Tembusan :

1. Rektor UIN Alauddin Makassar (sebagai laporan).
2. Masing-masing Pembimbing



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI BARAT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Abdul Malik Pattana Endeng (Komp. Gubernur Sulawesi Barat) Telp/Fax (0426)2325170 Mamuju 91512
Website : www.Kesbangpolsulbarprov.web.id

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/274/BKBP

1. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor : 64 Tahun 2011, tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
2. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor : 8 Tahun 2012, tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor : 4 Tahun 2009, tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembagian Penelitian dan Pengembangan daerah dan Lembaga Teknis Daerah Provinsi Sulawesi Barat (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Barat Tahun 2009 Nomor : 4 Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Barat Nomor 37).
2. Menimbang : 1. Surat Direktur Jenderal Politik dan Pemerintahan Umum Kementerian Dalam Negeri Nomor : 440.02/4278/Parpus, Tanggal 18 Desember 2015 tentang Rekomendasi Penelitian.
2. Surat Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar Nomor : B6773 / Un.06.2/FKIK/PP.00.9/12/2016. Tanggal 09 Desember 2016. Perihal Permohonan Rekomendasi Penelitian.

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

- a. Nama/Objek : **Endang Ayu Lestari**
- b. Jabatan/Tempat : Peneliti Utama /BTN Pole Indah Mas. Kel/Desa. Darma Kec. Polewali Kab. Polewali Mandar /Nomor Pokok : 70200112046.
- c. Untuk : 1) Melakukan Penelitian dengan proposal berjudul “ **Faktor Faktor Penyimpangan Positif (Positive Deviance) Status Gizi Balita (Usia 12-59 Bulan) Pada Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kec. Balanipa Kab. Polewali mandar Tahun 2016 “**.
- 2) Lokasi Penelitian : Puskesmas Pambusuang Kec. Balanipa Kab. Polewali Mandar ;
- 3) Waktu/Lama Penelitian : 19 Desember 2016 s/d 06 Januari 2017;
- 4) Anggota Tim Peneliti : -
- 5) Program Studi : Kesehatan Masyarakat/Gizi
- 6) Status Penelitian : Baru.
- d. Melaporkan hasil Penelitian kepada Gubernur Cq Badan Kesbang dan Politik Provinsi Sulawesi Barat, paling lambat 6 (Enam) Bulan setelah selesai penelitian.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Mamuju, 15 Desember 2016

an. **KEPALA BADAN**

ub. **Kasubag Umum dan Kepegawaian**

MAMAN SUPARMAN

Pangkat : Penata Tk. I / III.d

NIP : 19650615 198808 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Dirjen Politik dan Pemerintahan Umum Depdagri di Jakarta;
2. Bapak Gubernur Sulawesi Barat (Sebagai Laporan) di Mamuju
3. Bupati Polman Cq. Biro Pemerintahan Pemrintah Kab. Polman di Polman;
4. Kepala Puskesmas Pambusuang Kec.Balanipa Kab. Polewali Mandar di Polewali Mandar;
5. Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar di Makassar;
6. Saudara (i) **Endang Ayu Lestari**.



PEMERINTAH KABUPATEN POLEWALI MANDAR
**BADAN PENANAMAN MODAL
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. Manunggal NO. 11 Pekkabata Polewali, Kode Pos 91315

IZIN PENELITIAN
NOMOR : 503/735/IPL/BPMPTSP/XII/2016

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 atas Perubahan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Izin Penelitian;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Polewali Mamasa Nomor 2 Tahun 2016 Tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 9 Tahun 2009 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat Bappeda dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Polewali Mandar;
 3. Peraturan Bupati Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pelimpahan Kewenangan Penandatanganan Perizinan dan Non Perizinan kepada Kepala BPMPTSP Kabupaten Polewali Mandar.
 4. Memperhatikan :
 - a. Surat Permohonan Sdr(i) ENDANG AYU LESTARY
 - b. Surat Rekomendasi dari Bag. Administrasi Pemerintahan Umum Nomor : B- 1310/Setda/Pem/070/12/2016, Tgl. 27 Desember 2016

MEMBERIKAN IZIN

Kepada :

Nama	: ENDANG AYU LESTARY
NIM/NIDN/NIP	: 70200112046
Asal Perguruan Tinggi	: UIN ALAUDDIN MAKASSAR
Fakultas	: KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
Jurusan	: KESEHATAN MASYARAKAT
Alamat	: KEL. DARMA KEC. POLEWALI

Untuk melakukan Penelitian di Kec. Balanipa Kabupaten Polewali Mandar, terhitung mulai 27 Desember 2016 s/d 11 Januari 2017 dengan Judul "**FAKTOR-FAKTOR PENYIMPANGAN POSITIF (Positive Deviance) STATUS GIZI BALITA (USIA 12-59 BULAN) PADA KELUARGA NELAYAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAMBUSUANG KECAMATAN BALANIPA KABUPATEN POLEWALI MANDAR TAHUN 2016**".

Adapun Rekomendasi ini dibuat dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, harus melaporkan diri kepada Pemerintah setempat;
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan;
3. Mentaati semua Peraturan Perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat;
4. Menyerahkan 1 (satu) berkas copy hasil Penelitian kepada Bupati Polewali Mandar Up. Kepala Badan Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
5. Surat Izin akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata Pemegang Surat Izin tidak mentaati ketentuan-ketentuan tersebut di atas.

Demikian Izin Penelitian ini dikeluarkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Polewali Mandar
Pada Tanggal, 28 Desember 2016

a.n. **BUPATI POLEWALI MANDAR**

Pt. **KEPALA BADAN PENANAMAN MODAL
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**



Drs. MUKIM, MM

Pangkat : Pembina Utama Muda
NIP. : 19641106 199203 1 012

Tembusan:

1. Unsur Forkopinda di tempat;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Polewali Mandar di tempat
3. Camat Balanipa di tempat;



PEMERINTAH KABUPATEN POLEWALI MANDAR
DINAS KESEHATAN

Jl. H.Andi Depu No. 2.Telp.0428-21082 Polewali

Polewali, 04 Januari 2017

Nomor : B-01/Dinkes/410.7/2017
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian Mahasiswa

Kepada
Yth Ka.UPT. Puskesmas Pambusuang
Di,-
Tempat

Sehubungan dengan surat dari Kepala Bafdan Penanaman Modal Pelayanan Terpadu Satu Pintu Nomor: 503/735/IPL/BPMPTSP/XII/2016 tanggal 28 Desember 2016, tentang Izin Penelitian Mahasiswa, maka dengan ini memberikan rekomendasi kepada :

Nama : **ENDANG AYU LESTARY**
NIM : 70200112046
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Mahasiswi UIN Alauddin Makassar
Jurusan : Kesehatan Masyarakat
Alamat : Kelurahan Darma, Kecamatan Polewali


Bermaksud untuk melakukan Penelitian di *Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar*, terhitung mulai tanggal 27 Desember s/d 11 Januari 2017, dengan Judul “ *Faktor-Faktor Penyimpangan Positif (Positive Deviance) Status Gizi Balita (Usia 12-59 Bulan) Pada Keluarga Nelayan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2016* “

Adapun rekomendasi ini dibuat dengan ketentuan, sebagai berikut :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, harus melaporkan diri kepada pemerintah setempat
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat
4. Surat Izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang Surat Izin tidak mentaati ketentuan-ketentuan tersebut diatas

Demikian disampaikan untuk dimaklumi, atas perhatian diucapkan terima kasih

An.Kepala Dinas Kesehatan
Kab. Polewali Mandar
Ka.Bidang Peng.SDM Kes.


Hj. Mandaria S.Pd
Pangkat : Penata Tk.I
Nip. 19611231 198602 2 044

Tembusan : Kepada Yth.

1. Bupati Polewali Mandar di Polewali
2. Kepala Kantor BPMPTSP di Polewali



PEMERINTAH KABUPATEN POLEWALI MANDAR
KANTOR CAMAT BALANIPA

Jln. Poros Majene Kec. Balanipa Kab. Polman Kode Pos 91354

SURAT KETERANGAN

Nomor : 423. 4 / 36 / Kec. Bln

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **ERWIN, S. Sos**
Nip : 19700616 199103 1 002
Pangkat / Gol. Ruang : Penata Tk. I
Jabatan : Kasi Kessos

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : **ENDANG AYU LESTARY**
Nim : 70200112046
Asal Perguruan Tinggi : UIN ALAUDDIN MAKASSAR
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Jurusan : Kesehatan Masyarakat
Alamat : KEL. DARMA KEC. POLEWALI

Benar telah melaksanakan penelitian di Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar, Provinsi Sulawesi Barat sejak Tanggal 06 Januari 2017 s/d 06 Februari 2017 untuk memperoleh data guna penyelesaian tugas akhir skripsi dengan judul "**(FAKTOR-FAKTOR PENYIMPANGAN POSITIF (*Positive Deviance*) STATUS GIZI BALITA (USIA 12-36 BULAN) PADA KELUARGA NELAYAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAMBUSUANG KECAMATAN BALANIPA KABUPATEN POLEWALI MANDAR TAHUN 2016)**".

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Balanipa, 07 Februari 2017

an. CAMAT BALANIPA
KASI KESSOS



ERWIN, S. Sos

Pangkat : Penata Tk. I

NIP. 19700616 199103 1 002



PEMERINTAH KABUPATEN POLEWALI MANDAR
DINAS KESEHATAN

PUSKESMAS PAMBUSUANG KEC. BALANIPA

Jln. Poros Majene Pambusuang, Kec. Balanipa Kab. Polewali Mandar

SURAT KETERANGAN

Nomor : 02 /PKM.PBS/II/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **Hj. KARTINI, S.ST**
Nip : 19691114 198911 2 001
Pangkat/gol : Penata Tk. I/III d
Jabatan : Kepala Puskesmas

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : **ENDANG AYU LESTARY**
Nim : 70200112046
Asal Perguruan Tinggi : Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Jurusan : Kesehatan Masyarakat
Alamat : **KEL. DARMA KEC. POLEWALI**

Benar telah melaksanakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar Provinsi Sulawesi Barat sejak Tanggal 06 Januari 2017 s/d 06 Februari 2017 untuk memperoleh data guna penyelesaian tugas akhir skripsi dengan judul : **"FAKTOR-FAKTOR PENYIMPANGAN POSITIF (*Positive Deviance*) STATUS GIZI BALITA (USIA 12-36 BULAN) PADA KELUARGA NELAYAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAMBUSUANG KECAMATAN BALANIPA KABUPATEN POLEWALI MANDAR TAHUN 2017"**

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pambusuang, 9 Februari 2017

Kepala Puskesmas



Hj. KARTINI, S.ST

NIP. 19691114 198911 2 001

ANALISIS UNIVARIAT KASUS

Frequencies

Statistics					
		Jenis Kelamin	Umur Ibu	Pendidikan Terakhir	Kejadian Diare
N	Valid	35	35	35	35
	Missing	0	0	0	0
Mean		1.54	2.51	3.40	1.80
Median		2.00	2.00	3.00	2.00
Std. Deviation		.505	1.358	1.355	.406
Minimum		1	1	1	1
Maximum		2	7	6	2
Sum		54	88	119	63

Frequency Table

Jenis Kelamin					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	16	45.7	45.7	45.7
	Perempuan	19	54.3	54.3	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Umur Ibu					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	21-25	9	25.7	25.7	25.7
	26-30	10	28.6	28.6	54.3
	31-35	9	25.7	25.7	80.0
	36-40	5	14.3	14.3	94.3
	41-45	1	2.9	2.9	97.1
	51-55	1	2.9	2.9	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Pendidikan Terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	1	2.9	2.9	2.9
Tidak Lulus SD	10	28.6	28.6	31.4
SD/Sederajat	10	28.6	28.6	60.0
Valid SMP/Sederajat	4	11.4	11.4	71.4
SMA/Sederajat	8	22.9	22.9	94.3
Diploma/S1	2	5.7	5.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Kejadian Diare

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ya	7	20.0	20.0	20.0
Valid Tidak	28	80.0	80.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

	Kategori Pengetahuan	Kategori Kebiasaan Pemberian Makan	Kategori Kebiasaan Kebersihan Diri
N Valid	35	35	35
Missing	0	0	0
Mean	1.11	1.11	1.23
Median	1.00	1.00	1.00
Std. Deviation	.323	.323	.426
Minimum	1	1	1
Maximum	2	2	2
Sum	39	39	43

Frequency Table

Kategori Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	31	88.6	88.6	88.6
Valid Kurang	4	11.4	11.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Kategori Kebiasaan Pemberian Makan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	31	88.6	88.6	88.6
Valid Kurang	4	11.4	11.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Kategori Kebiasaan Kebersihan Diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	27	77.1	77.1	77.1
Valid Kurang	8	22.9	22.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

	KKYANKES	Kategori Energi	Kategori Protein
N Valid	35	35	35
Missing	0	0	0
Mean	1.00	1.17	1.11
Median	1.00	1.00	1.00
Std. Deviation	.000	.382	.323
Minimum	1	1	1
Maximum	1	2	2
Sum	35	41	39

Frequency Table

Kategori Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	35	100.0	100.0	100.0

Kategori Energi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cukup	29	82.9	82.9	82.9
Valid Kurang	6	17.1	17.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Kategori Protein

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cukup	31	88.6	88.6	88.6
Valid Kurang	4	11.4	11.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

POSUH

N	Valid	35
	Missing	0
Mean		1.29
Median		1.00
Std. Deviation		.458
Minimum		1
Maximum		2
Sum		45

Kategori Pola Asuh

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	25	71.4	71.4	71.4
Valid Kurang	10	28.6	28.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Umur Balita

N	Valid	35
	Missing	0
Mean		1.66
Median		2.00
Std. Deviation		.482
Minimum		1
Maximum		2
Sum		58

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

Umur Balita Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
12-24	12	34.3	34.3	34.3
Valid 25-36	23	65.7	65.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

OUTPUT ANALISIS UNIVARIAT KONTROL

Frequencies

		Statistics			
		JK	UI	PT	KD
N	Valid	35	35	35	35
	Missing	0	0	0	0
Mean		1.40	2.06	3.31	1.40
Median		1.00	1.00	3.00	1.00
Std. Deviation		.497	1.434	1.022	.497
Minimum		1	1	1	1
Maximum		2	5	5	2
Sum		49	72	116	49

Frequency Table

		Jenis Kelamin Balita			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	21	60.0	60.0	60.0
	Perempuan	14	40.0	40.0	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

		Umur Ibu			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-24	19	54.3	54.3	54.3
	25-29	6	17.1	17.1	71.4
	30-34	3	8.6	8.6	80.0
	35-39	3	8.6	8.6	88.6
	40-44	4	11.4	11.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Pendidikan Terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	1	2.9	2.9	2.9
Tidak Lulus SD	5	14.3	14.3	17.1
SD/Sederajat	17	48.6	48.6	65.7
SMP/Sederajat	6	17.1	17.1	82.9
SMA/Sederajat	6	17.1	17.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Kejadian Diare

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ya	21	60.0	60.0	60.0
Tidak	14	40.0	40.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

	KP	KKPM	KKKD
N Valid	35	35	35
Missing	0	0	0
Mean	1.54	1.34	1.69
Median	2.00	1.00	2.00
Std. Deviation	.505	.482	.471
Minimum	1	1	1
Maximum	2	2	2
Sum	54	47	59

Frequency Table

Kategori Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
baik	16	45.7	45.7	45.7
Valid Kurang	19	54.3	54.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Kategori Kebiasaan Pemberian Makan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	23	65.7	65.7	65.7
Valid Kurang	12	34.3	34.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Kategori Kebiasaan Kebersihan Diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	11	31.4	31.4	31.4
Valid Kurang	24	68.6	68.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

	KKYANKES	KE	KPRO
N Valid	35	35	35
N Missing	0	0	0
Mean	1.00	1.51	1.49
Median	1.00	2.00	1.00
Std. Deviation	.000	.507	.507
Minimum	1	1	1
Maximum	1	2	2
Sum	35	53	52

Frequency Table

Kategori Kebiasaan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	35	100.0	100.0	100.0

Kategori Asupan Energi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Cukup	17	48.6	48.6	48.6
Valid Kurang	18	51.4	51.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Kategori Asupan Protein

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Cukup	18	51.4	51.4	51.4
Valid Kurang	17	48.6	48.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

POSUH

N	Valid	35
	Missing	0
Mean		1.77
Median		2.00
Std. Deviation		.426
Minimum		1
Maximum		2
Sum		62

Kategori Pola Asuh

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Baik	8	22.9	22.9	22.9
Valid	Kurang	27	77.1	77.1	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

UB

N	Valid	35
	Missing	0
Mean		1.66
Median		2.00
Std. Deviation		.482
Minimum		1
Maximum		2
Sum		58

Umur Balita Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	12-24	12	34.3	34.3	34.3
Valid	25-36	23	65.7	65.7	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan (kontrol) *						
Pengetahuan (kasus)	35	100.0%	0	0.0%	35	100.0%

Pengetahuan (kontrol) * Pengetahuan (kasus) Crosstabulation

Count

		Pengetahuan (kasus)		Total
		Baik	Kurang	
Pengetahuan (kontrol)	Baik	14	2	16
	Kurang	17	2	19
Total		31	4	35

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.001 ^a
N of Valid Cases	35	

a. Binomial distribution used.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (kontrol) (Baik / Kurang)	.824	.103	6.616
For cohort Pengetahuan (kasus) = Baik	.978	.769	1.244

For cohort Pengetahuan (kasus) = Kurang	1.188	.188	7.505
N of Valid Cases	35		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kejadian diare (kontrol) *						
Kejadian diare (kasus)	35	100.0%	0	0.0%	35	100.0%

kejadian diare (kontrol) * Kejadian diare (kasus) Crosstabulation

Count

		Kejadian diare (kasus)		Total
		Ya	Tidak	
kejadian diare (kontrol)	Ya	2	19	21
	Tidak	5	9	14
Total		7	28	35

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.007 ^a
N of Valid Cases	35	

a. Binomial distribution used.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kejadian diare (kontrol) (Ya / Tidak)	.189	.031	1.171
For cohort Kejadian diare (kasus) = Ya	.267	.060	1.188
For cohort Kejadian diare (kasus) = Tidak	1.407	.930	2.130
N of Valid Cases	35		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kebiasaan pemberian makan (kontrol) * Kebiasaan pemberian makan (kasus)	35	100.0%	0	0.0%	35	100.0%

Kebiasaan pemberian makan (kontrol) * Kebiasaan pemberian makan (kasus)

Crosstabulation

Count		Kebiasaan pemberian makan (kasus)		Total
		Baik	Kurang	
Kebiasaan pemberian makan (kontrol)	Baik	22	1	23
	Kurang	9	3	12
Total		31	4	35

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.021 ^a
N of Valid Cases	35	

a. Binomial distribution used.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kebiasaan pemberian makan (kontrol) (Baik / Kurang)	7.333	.670	80.221
For cohort Kebiasaan pemberian makan (kasus) = Baik	1.275	.910	1.788
For cohort Kebiasaan pemberian makan (kasus) = Kurang	.174	.020	1.497
N of Valid Cases	35		

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kebiasaan kebersihan diri (kontrol) * Kebiasaan kebersihan diri (kasus)	35	100.0%	0	0.0%	35	100.0%

Kebiasaan kebersihan diri (kontrol) * Kebiasaan kebersihan diri (kasus)

Crosstabulation

Count

		Kebiasaan kebersihan diri (kasus)		Total
		Baik	Kurang	
Kebiasaan kebersihan diri (kontrol)	Baik	9	2	11
	Kurang	18	6	24
Total		27	8	35

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.000 ^a
N of Valid Cases	35	

a. Binomial distribution used.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kebiasaan kebersihan diri (kontrol) (Baik / Kurang)	1.500	.251	8.977
For cohort Kebiasaan kebersihan diri (kasus) = Baik	1.091	.760	1.567
For cohort Kebiasaan kebersihan diri (kasus) = Kurang	.727	.174	3.046
N of Valid Cases	35		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Asupan energi (kontrol) *						
Asupan energi (kasus)	35	100.0%	0	0.0%	35	100.0%

Asupan energi (kontrol) * Asupan energi (kasus) Crosstabulation

Count		Asupan energi (kasus)		Total
		Cukup	Kurang	
Asupan energi (kontrol)	Cukup	13	4	17
	Kurang	16	2	18
Total		29	6	35

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.012 ^a
N of Valid Cases	35	

a. Binomial distribution used.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Asupan energi (kontrol) (Cukup / Kurang)	.406	.064	2.580
For cohort Asupan energi (kasus) = Cukup	.860	.631	1.173

For cohort Asupan energi (kasus) = Kurang	2.118	.444	10.104
N of Valid Cases	35		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Asupan protein (kontrol) *						
Asupan protein (kasus)	35	100.0%	0	0.0%	35	100.0%

Asupan protein (kontrol) * Asupan protein (kasus) Crosstabulation

Count		Asupan protein (kasus)		Total
		Cukup	Kurang	
Asupan protein (kontrol)	Cukup	17	1	18
	Kurang	14	3	17
Total		31	4	35

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.001 ^a
N of Valid Cases	35	

a. Binomial distribution used.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Asupan protein (kontrol) (Cukup / Kurang)	3.643	.340	39.014
For cohort Asupan protein (kasus) = Cukup	1.147	.896	1.468
For cohort Asupan protein (kasus) = Kurang	.315	.036	2.741
N of Valid Cases	35		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pola Asuh Kontrol * Pola Asuh Kasus	35	100.0%	0	0.0%	35	100.0%

Pola Asuh Kontrol * Pola Asuh Kasus Crosstabulation

Count

		Pola Asuh Kasus		Total
		Baik	Kurang	
Pola Asuh Kontrol	Baik	7	1	8
	Kurang	18	9	27
Total		25	10	35

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.000 ^a
N of Valid Cases	35	

a. Binomial distribution used.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pola Asuh Kontrol (Baik / Kurang)	3.500	.372	32.971
For cohort Pola Asuh Kasus = Baik	1.313	.903	1.907
For cohort Pola Asuh Kasus = Kurang	.375	.056	2.531
N of Valid Cases	35		

4	4	1	2	4	4	4	1	26	1	4	1	1	4	4	2	4	1
2	2	4	2	4	3	1	2	29	1	4	2	1	4	4	2	4	1
4	4	4	2	2	2	3	2	2	1	4	2	1	4	3	2	2	3
4	1	2	2	3	2	4	1	1	1	1	4	4	1	1	4	2	4
2	3	2	2	1	4	4	1	31	1	4	3	1	1	4	4	4	1
4	4	3	2	3	4	3	4	1	1	4	4	1	1	4	2	3	4

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN

MAKASSAR

[illegible]

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Endang Ayu Lestary, anak pertama dari 4 bersaudara dari pasangan Bapak Marwan dan Ibu Indra Dewi Simpoha. Lahir pada tanggal 08 Agustus 1993 di Aralle Kabupaten Mamasa Provinsi Sulawesi Barat. Penulis memulai pendidikan nya pertama kali di SD Inpres 001 Aralle pada tahun 1999-2004 dan SD Negeri 17 Manding pada tahun 2004-2005. Penulis melanjutkan pendidikan di SMP Negeri 3 Polewali pada Tahun 2005-2008. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan menengah atas di SMA Negeri 3 Polewali pada tahun 2008-2011. Pada tahun 2012, penulis melanjutkan pendidikannya ke jenjang yang lebih tinggi di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Fakultas Ilmu Kesehatan yang sekarang Menjadi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi Gizi.

Berkat karunia Allah SWT. penulis dapat menyelesaikan studi di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dengan mempertahankan skripsi yang berjudul "Faktor-faktor Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) Status Gizi Balita (usia 12-36 Bulan) Pada Keluarga Nelayan di Wilayah Kerja Puskesmas Pambusuang Kecamatan Balanipa Kabupaten Polewali Mandar".